

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

diabète

Diabète de type 2, obésité et nutrition, un changement de paradigme

■ L'obésité et le diabète de type 2 sont deux maladies chroniques complexes et multifactorielles ■ La prise en charge nutritionnelle repose sur une approche éducative et biopsychosensorielle centrée sur la personne en utilisant les outils des thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – alimentation ; analyse fonctionnelle ; approche biopsychosensorielle ; comportement ; diabète de type 2 ; obésité ; restriction cognitive

Type 2 diabetes, obesity and nutrition, a paradigm shift. Obesity and type 2 diabetes are two complex and multifactorial chronic diseases. Nutritional management is based on an educational and bio-psycho-sensory approach centred on the patient using cognitive-behavioural and emotionally-focused therapy tools.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Keywords – behaviour; bio-psycho-sensory approach; cognitive restriction; diet; functional analysis; obesity; type 2 diabetes

L'obésité, maladie chronique est, aujourd'hui, une réelle "épidémie" mondiale. La surcharge pondérale et l'obésité prédisposent au diabète de type 2 (DT2) : l'excès de tissu adipeux viscéral entraîne une insulino-résistance favorisant l'apparition de celui-ci. Ainsi, l'augmentation de la prévalence de l'obésité explique celle du diabète de type 2, ce qui a conduit à utiliser le terme "diabésité" [1].

Concernant la prise en charge de ces personnes diabétiques obèses, de nombreux articles [2] prônent la mise en place de "mesures hygiéno-diététiques" (régimes alimentaires et exercice physique), plus ou moins couplées à une approche pharmacologique complémentaire. Enfin, en cas d'obésité définie par un indice de masse corporelle (IMC = poids en kg / taille² en m²) supérieur ou égal à 35 et compliqué d'un

diabète de type 2 déséquilibré, la chirurgie bariatrique peut être proposée (chirurgie métabolique). Néanmoins, ces mesures hygiéno-diététiques associées à une assistance médicamenteuse restent insuffisamment efficaces chez un grand nombre de patients et la chirurgie de l'obésité, quant à elle, ne peut être proposée qu'à un nombre limité de patients. L'obésité est une maladie multifactorielle et complexe. Elle nécessite une approche nutritionnelle et comportementale, ne se limitant pas au simple contenu des assiettes de nos patients mais allant bien au-delà, prenant ainsi en compte la personne dans toute sa singularité, grâce à une approche individuelle et personnalisée.

CONSTATS

■ **Très souvent, prise en charge de l'obésité rime avec "régime alimentaire"**. Par

définition, un régime est une alimentation contrôlée, non plus par des facteurs internes (homéostasie énergétique et nutritionnelle) mais par des facteurs externes (cognitions). Le rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), édité en novembre 2010 [3], fait état de l'inefficacité des régimes, de leur dangerosité sur le plan rénal, hépatique, digestif et cardiovasculaire, et de leurs conséquences psychologiques et comportementales délétères. Dans 90% des cas, quel que soit le type de régime amaigrissant, l'efficacité de celui-ci ne dépasse pas 3 ans. Il induit la mise en place de mécanismes facilitant la reprise pondérale lors d'un excès calorique ultérieur. Ainsi, à long terme, les régimes amaigrissants font grossir.

■ **La chirurgie bariatrique**

EMILIE BOURCELOT

Diététicienne

JÉRÔME COMBES

Endocrinologue, coordinateur du centre spécialisé obésité

CHU Jean Minjot,

3 Boulevard Alexandre Fleming, 25030 Besançon, France

Société
francophone
du
diabète
Paramédical

Adresse e-mail :

emilie.bourcelot@gmail.com
(E. Bourcelot).

NOTE

¹La restriction cognitive est l'intention de contrôler mentalement son comportement alimentaire dans le but de maigrir ou de ne pas grossir. Ce n'est donc pas un comportement, et le contrôle des apports caloriques et du poids n'est pas obligatoirement effectif. L'alimentation est contrôlée par des facteurs externes (cognitifs) et non plus par les facteurs internes (homéostasie énergétique et nutritionnelle).

dans le diabète de type 2, en modifiant l'anatomie digestive, permet d'améliorer de façon conséquente le métabolisme glucidique des patients diabétiques [4], sauf en cas de DT2 très ancien ou chez les patients fortement insulino-requérants [5,6]. Un regain de poids peut être observé avec le temps et la durée de l'effet favorable de la chirurgie sur l'équilibre glycémique n'est pas encore clairement établie. L'autre limite de la chirurgie est liée aux risques qui lui sont associés, à court comme à long terme. Toute chirurgie abdominale reste une intervention majeure chez un patient diabétique de type 2, et peut avoir de nombreuses autres comorbidités. Aussi, la chirurgie bariatrique peut induire d'indéniables effets positifs sur l'équilibre glycémique, mais ne concerne qu'un nombre limité de patients.

OBSERVATION ET RÉALITÉS DE TERRAIN

■ **La plupart des études réalisées chez des personnes obèses diabétiques [1]** montrent qu'une perte pondérale modeste (5 à 10% du poids initial) améliore l'insulino-résistance et l'ensemble des risques cardio-vasculaires. Ainsi, il existe très souvent une discordance entre la volonté du soignant et celle du patient en termes d'objectif de perte pondérale.

■ **En termes de prise en charge diététique et nutritionnelle**, rares sont les personnes qui n'ont jamais entendu les préconisations suivantes : « *Manger 5 fruits et légumes par jour* », « *Ne pas sauter de repas* », « *Éviter de manger trop gras, trop sucré* ». Souvent, les programmes nationaux nutrition santé (PNNS) successifs, les recommandations et messages nutritionnels sont

bien assimilés par les patients. Ils sont très probablement utiles pour prévenir la prise de poids pour une majorité de la population ayant un poids normal, ou pour aider à la perte de poids des personnes obèses ou en surpoids. Cependant, ils ne semblent pas suffisants pour induire des changements dans le comportement à long terme. Devant ce constat, les soignants renouvellent leurs messages, insistent, avec le risque de se décourager mais aussi de générer l'apparition d'un comportement alimentaire dysfonctionnel chez leurs patients, marqué par une restriction cognitive [7]¹.

■ **La personne en restriction cognitive** va, volontairement, ne plus prendre en compte ses sensations alimentaires et agir en fonction d'informations cognitives, extérieures et étrangères à elle (ex. : « *Je n'ai pas faim mais je dois manger* », « *J'ai encore faim mais je ne dois plus manger* », « *J'ai envie de cet aliment-ci mais je dois manger cet aliment-là* ») pour petit à petit s'en "déconnecter" au profit de processus cognitifs, avec la mise en place de stratégies de contrôle ("quantitatif" ou "qualitatif" des aliments), d'évitement (de la faim, sociale, etc.). De cette restriction cognitive naissent des émotions induites (anxiété, sentiment d'insécurité, frustration, culpabilité, etc.) ainsi qu'un trouble du comportement alimentaire (grignotages, compulsions, hyperphagie, alternance de phases de contrôle et de perte de contrôle, etc.). Ainsi, d'un comportement alimentaire "homéostatique" (contrôlé de manière inconsciente par les sensations alimentaires), la personne passe, suivant les différents stades de la restriction cognitive, à un comportement alimentaire sous contrôle mental puis sous contrôle des émotions.

■ **Aujourd'hui, la majorité des**

patients se voit proposer une prise en charge diététique "classique" reposant sur des conseils diététiques généraux, des consignes concernant la quantité de calories, la répartition des nutriments, les catégories d'aliments à éviter (« *Mangez plus varié* », « *Évitez de manger trop gras* », etc.). Les patients savent ce qu'ils doivent faire mais ils n'y parviennent pas. Pour la plupart d'entre eux, ils sont en restriction cognitive et nos messages nutritionnels normatifs ne font que l'aggraver. Le sentiment de privation qui en découle, plus marqué chez les personnes obèses diabétiques que non diabétiques [8], entraîne :

- **des prises alimentaires excessives** sur le plan quantitatif et inadaptées sur le plan qualitatif (ce qui explique l'inefficacité des régimes) ;
- **une diminution du bien-être psychologique** ;
- **une perte d'estime et de confiance en soi** ;
- **une instabilité émotionnelle** ;
- **une anxiété plus élevée**.

UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET PERSONNALISÉE

L'objectif de la prise en charge nutritionnelle est :

- **d'aider le patient à trouver un certain confort physique et mental**, en "cassant" le cycle infernal de la restriction cognitive, en redécouvrant son corps, en cessant d'avoir des réponses alimentaires face à des problèmes non alimentaires ;
- **de rétablir une alimentation plus intuitive**, plaisante et sans privation.

Répondre aux besoins

■ **Le comportement alimentaire** répond à différents besoins (*figure 1*) :

- **énergétiques** (physiologique) ;

- **nutritionnels** (physiologique) ;
- **de représentations affectives et relationnelles** (psycho-affectif) ;
- **de lutte contre le stress** et nos états émotionnels (psycho-affectif).

Ainsi, “manger normalement” est être à l’écoute de nos différents besoins et les respecter.

■ Ainsi, l’acte alimentaire est un phénomène complexe.

De façon inconsciente, notre comportement alimentaire s’apparente à un perpétuel “bricolage” visant à satisfaire, en permanence, nos différents besoins. Ce que nous mettons dans nos assiettes n’est pas seulement le résultat d’un calcul théorique entre nos besoins nutritionnels et la résultante de nos connaissances sur l’équilibre alimentaire. La composition de nos assiettes est une alchimie complexe entre plaisir, convivialité, faim, envie, habitudes familiales et culturelles, etc., le tout fluctuant en fonction de notre état psychologique et émotionnel.

■ Il conviendrait donc d’abandonner une prise en charge centrée sur l’assiette

(« *Qu’est-ce-que vous mangez ?* ») pour adopter une approche éducative centrée sur la personne en utilisant les outils des thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles, au service d’une prise en charge

biopsychosensorielle (« *Pourquoi mangez-vous ?* ») (encadré 1).

En pratique

Il est indispensable, avant tout, de privilégier une relation de soins fondée sur l’écoute, l’empathie et le respect afin de créer un climat de confiance.

■ Un bilan initial partagé est indispensable dans un premier temps pour faire connaissance avec la personne et déterminer :

- **son contexte** de vie ;
- **ses expériences** autour de l’amaigrissement ;
- **ses connaissances** ;
- **l’évolution de son poids** et les évènements associés ;
- **ses habitudes** alimentaires ;
- **son comportement**, sa relation à la nourriture et sa fonctionnalité ;
- **sa personnalité**, l’influence de son entourage ;
- **sa relation** avec son corps ;
- **sa demande**, ses attentes.

■ Dans un second temps, il convient de procéder à une analyse fonctionnelle

afin de déterminer une stratégie thérapeutique, différant selon chaque patient en fonction de la problématique qui lui est propre. L’analyse fonctionnelle vise à analyser les fonctions d’un comportement (ABC : A = antécédents, B= *behavior* (comportement cible),

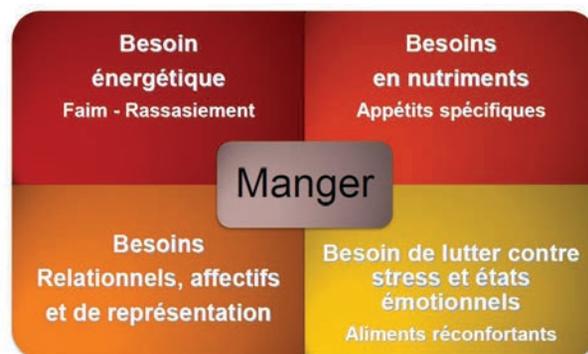


Figure 1. Les différents besoins liés à l’acte de manger.

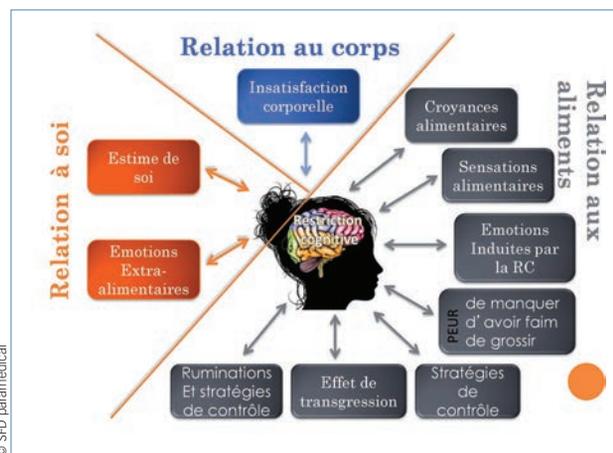


Figure 2. Les trois axes de travail de l’approche psycho-nutritionnelle.

C = conséquences), prenant ainsi en compte les problèmes-clés, leurs tenants et aboutissants.

En ce qui concerne l’obésité, les problèmes-clés sont le plus souvent les troubles du comportement alimentaire et les difficultés psychologiques et relationnelles qui favorisent les excès alimentaires. Plusieurs

ENCADRÉ 1

Modèle biopsychosensoriel

Le modèle biopsychosensoriel est un modèle intégratif et explicatif de l’obésité sur lequel reposent plusieurs dimensions qui s’appuient principalement sur les processus de régulation du poids [9]:

- **biologique** : le poids que l’on peut maintenir au cours de sa vie est génétiquement déterminé ;

- **“psycho”** : l’individu possède une compétence psychophysiologique : il adapte et ajuste spontanément sa consommation d’aliments à sa dépense énergétique afin de se maintenir à son poids d’équilibre (génétiquement programmé) ;
- **sensoriel** : ce sont les sensations alimentaires qui permettent à

l’individu de manger en fonction de ses besoins.

Ainsi, il convient de dire que le comportement alimentaire est contrôlé afin de réguler diverses valeurs (la masse grasse mais aussi les métabolites, les états du corps...) selon l’homéostasie énergétique, nutritionnelle et émotionnelle.

RÉFÉRENCES

- [1] Rorive M, Letiexhe MR, Scheen AJ, Ziegler O. Obésité et diabète de type 2. *Rev Med Liege*. 2005;60:5-6, 374-82.
- [2] Rigalleau V, Gonzalez C, Raffaitin C, Gin H. Diététique du diabète de type 2. *La Revue du praticien*. 2010;60(4):485-9.
- [3] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective. Groupe de travail Évaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante. Comité d'experts spécialisés Nutrition humaine, novembre 2010.
- [4] Pattou F. Chirurgie et diabète. E-mémoires de l'Académie nationale de chirurgie. 2010;10(3):086-090.
- [5] Kim S, Richards WO. Long-term follow-up of the metabolic profiles in obese patients with type 2 diabetes mellitus after Roux-en-Y gastric bypass. *Ann Surg*. 2010;251(6):1049-55.
- [6] Caiazzo R, Arnalsteen L, Pigeury M, et al. Long-term metabolic outcome and quality of life after laparoscopic adjustable gastric banding in obese patients with type 2 diabetes mellitus or impaired fasting glucose. *Br J Surg*. 2010;97(6):884-91.
- [7] Ghanassia E, Bui TH. Evaluation d'une thérapie cognitivo-comportementale basée sur le modèle biopsychosensoriel dans la prise en charge du diabète de type 2 : étude de faisabilité. *GROSInfo*, 2012;8:6-10.
- [8] Mannucci E, Tesi F, Ricca V, et al. Eating behavior in obese patients with and without type 2 diabetes mellitus. *Int J Obes Metab Disord*. 2002;26(6):848-53.
- [9] Zermati JP. Maigrir sans régime. Paris: Odile Jacob; 2011.
- [10] Apfeldorfer G. Comment aider les personnes en restriction cognitive. 2015. <http://www.gros.org/comment-aider-les-personnes-en-restriction-cognitive>

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

techniques peuvent être utilisées. Notamment, la tenue d'un carnet d'observation du comportement alimentaire peut être proposée au patient. À la grande différence d'un carnet alimentaire "classique", en plus du contenu de l'assiette, l'accent sera mis sur la prise de conscience quant aux prises alimentaires, en explorant :

- **le contexte** (où ? quand ? comment ? quelle ambiance ? avec qui ? quelles activités associées ?) ;
- **la sensation de faim** (à respecter ? quelles envies ? pensées automatiques) ;
- **la durée du repas** ;
- **la perception du rassasiement** (plaisir alimentaire, émotions, pensée automatiques pendant et après la prise d'aliments).

De façon générale, la prise en charge demande un travail de longue haleine. Il convient de ne pas se précipiter, de prendre son temps, de comprendre les tenants et aboutissants des difficultés du patient. Le problème de poids est exceptionnellement de l'ordre de l'urgence, l'obésité étant une maladie chronique.

Trois axes

Il n'existe malheureusement pas de "remède miracle", mais il est possible d'envisager l'abandon d'une prise en charge diététique "classique" au profit d'une approche psycho-nutritionnelle fondée sur trois axes de travail, à aborder successivement ou parallèlement avec le patient (*figure 2*).

■ **Traiter la restriction cognitive** revient à aider le patient à manger selon ses sensations alimentaires, "de tout", sans culpabilité. Cela demande :

- **un travail sur les sensations alimentaires** (perception de la faim, du rassasiement, dégustation, plaisir alimentaire, etc.) ;
- **un travail sur les croyances**

alimentaires (démonstrations, expériences, références à des études, etc.) ;

- **un travail sur les émotions induites** : peur, anxiété, frustration, culpabilité, etc. (croyances alimentaires, peur d'avoir faim, dégustation, réconfort, etc.) ;

- **un travail sur les stratégies de contrôle** (analyser leur efficacité, leurs inconvénients, expérimenter).

■ **Prendre en compte les réponses alimentaires émotionnelles** demande la réalisation d'un travail sur la relation à soi et aux autres :

- **les émotions extra-alimentaires** (psychothérapie, gestion des émotions et de l'impulsivité alimentaire : techniques de pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement [ACT], etc.) ;

- **l'estime de soi** (la confiance en soi, l'estime de soi : expériences diverses, thérapies de "3^e génération", cognitivo-émotionnelles).

■ **Réaliser un travail sur l'acceptation et l'image de soi** enfin, est nécessaire, en considérant :

- **le lien entre poids et estime de soi** ;
- **les proportions et mensurations idéales** ;
- **les thérapies ACT** ;
- **le travail sur le schéma corporel**.

CONCLUSION

Les personnes diabétiques ayant des difficultés avec leur poids et leur comportement alimentaire se trouvent généralement au centre de difficultés de tous ordres et interagissant les unes avec les autres. Disons-le clairement : il n'existe à ce jour aucune méthode simple, efficace qui permette de perdre du poids de façon durable.

D'après le psychiatre Gérard Apfeldorfer, il est établi que l'état de restriction cognitive induite par la pression amaigrissante environnante et les régimes génère sa propre pathologie. Le cycle de cette restriction constitue une porte d'entrée dans le cycle des réponses alimentaires émotionnelles et dans celui du "corps mal-aimé" [10]. Aussi, de véritables troubles du comportement alimentaire apparaissent, la perte de l'estime de soi et la dépression sont habituelles et, en définitive, le poids est à la hausse. En tant que soignant, il convient de ne pas aggraver cette restriction cognitive par nos différents messages normatifs et nos propos trop "diététiquement corrects" !

Enfin, il est primordial que les équipes soignantes se forment, en premier lieu, à l'éducation thérapeutique et à la prise en charge de la restriction cognitive. ■