

Trace d'apprentissage

Marine Perrot

UFR médecine Paris 7, Département de Médecine Générale, 16 rue H. Huchard, 75870 Paris cedex 18

maprrt.img@gmail.com

Tirés à part : M. Perrot

Résumé

L'obésité et le surpoids sont un problème majeur de santé publique facteur de risque pour de nombreuses pathologies et notamment chez l'adolescent. Plus important encore, elle est cause de mal-être pour quiconque sur le plan psychologique. Chez l'enfant et l'adolescent, elle est source de moqueries et peut parfois limiter la participation aux activités communes, source d'épanouissement et d'intégration dans la société. Quels sont la prise en charge du surpoids et de l'obésité et l'impact des régimes sur la prise de poids chez les jeunes adultes dans notre société occidentale ?

• Mots clés

obésité ; surpoids ; régimes ; effet sur la santé.

Abstract. The cognitive restriction or how diets make us fat

Obesity and overweight are a major public health risk factor for many diseases, particularly in adolescents. Moreover, it is psychologically a cause of unhappiness for anyone. In children and adolescents, it is a source of mockery and can sometimes limit their participation in group activities, which are usually a source of fulfillment and integration into society. What are the managements of overweight and obesity and the impact of diets on weight gain in young adults in Western society?

• Key words

obesity; overweight; diets; health impact.

DOI: 10.1684/med.2016.36

La restriction cognitive ou comment les régimes font grossir

Description de la situation

L'obésité est un problème majeur connu de santé publique. Je m'en suis rendu compte personnellement au cours de ma formation et notamment en pédiatrie, dans le service des adolescents.

L'obésité ou le surpoids est un facteur de risque pour de nombreuses pathologies et notamment chez l'adolescent. Mais peut-être plus important encore, elle est cause de mal-être pour quiconque sur le plan psychologique. Chez l'enfant et l'adolescent, elle est source de moqueries et peut parfois limiter la participation aux activités communes, source d'épanouissement et d'intégration dans la société.

En France, le surpoids et l'obésité touchent respectivement 31,9 % et 14,5 % des sujets de plus de 18 ans. En 2009, la prévalence de l'obésité a augmenté de + 10,7 % par rapport à 2006 [1]. L'augmentation la plus importante a été observée pour la tranche d'âge 25-34 ans (+ 19,5 %).

Les causes de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité ont été largement étudiées, on retrouve notamment [9] :

- la proportion croissante de graisses dans le régime alimentaire et sa valeur énergétique ;
- la diminution de l'activité physique avec augmentation des comportements sédentaires ;
- mais aussi des facteurs physiologiques, sociétaux et cognitifs.

Il est vrai que pour le grand public ou dans le domaine médical, l'obésité peut sembler simplement résulter d'un excès de gourmandise ou d'une faible activité physique. Or, c'est en fait beaucoup plus complexe, il s'agit d'une pathologie multifactorielle qu'il convient de prendre en charge comme telle.

Chez un sujet en bonne santé, le poids et les réserves énergétiques sont relativement constants, oscillant de 1 à 2 % sur une base hebdomadaire, autour d'une « valeur de consigne ». Cependant, beaucoup de facteurs, sociétaux notamment, amènent les personnes, pas forcément en surpoids d'ailleurs, à modifier cette valeur de base pour atteindre un objectif « idéal ».

Depuis mon stage en médecine générale, j'ai souvent été confrontée à des jeunes (femmes, principalement) qui sont amenés à faire des régimes, poussés par la société, l'entourage ou même les médecins.

J'ai le souvenir d'une série de phrases écrites dans mon livre d'endocrinologie d'externe qui m'est toujours restée en mémoire du fait de son originalité : « la restriction cognitive (lors des régimes) induit l'obésité », « La restriction cognitive chez la mère induit l'obésité chez la fille ».

J'ai voulu partir de ce constat pour traiter ce sujet de l'impact des régimes sur la santé qui, pour moi, est très important pour notre prise en charge en médecine générale.

Qu'est ce que la restriction cognitive ? Définition

Selon Le Barzic en 2001 [2], la restriction cognitive a été décrite pour la première fois en 1975. Elle désigne « l'attitude des sujets qui limitent délibérément leur consommation alimentaire dans le but de perdre du poids ou pour éviter d'en prendre ».

D'abord observé chez les obèses, ce comportement avait alors été interprété comme un facteur prédisposant au développement de l'obésité parce que, dans certaines conditions, il s'accompagne à long terme d'une augmentation paradoxale de la consommation alimentaire.

Par la suite, ce comportement a été élargi à tous les individus qui suivent ou ont suivi un régime, quel que soit leur poids, et il est la conséquence des régimes.

Selon Le Barzic, la restriction cognitive est une complication de la pratique de régimes à répétition qui conduit à manger paradoxalement plus et plus mal quand on cherche à manger moins, en même temps qu'elle dégrade l'estime de soi et l'humeur des sujets au détriment de leur relation avec leur entourage.

Un rapport d'expertise collective publié en 2010, « Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement » [3], parle de pathologie du comportement alimentaire quand les conduites alimentaires :

- diffèrent notablement des attitudes habituellement adoptées par la plupart des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel ;
- induisent des conséquences fâcheuses pour la santé d'ordre somatique (obésité, malnutrition, dénutrition) ou psychologique (désinsertion sociale, sentiment d'anormalité, dépression).

Quel est son impact sur la santé ?

Selon Le Barzic, « lorsqu'un individu décide de perdre du poids, il cesse de sélectionner sa nourriture en fonction du plaisir qu'elle va lui procurer et détermine ses choix à partir de ce qu'il sait ou « croit savoir » des propriétés diététiques des divers aliments. Il adopte une disposition intérieure vis-à-vis de la nourriture par laquelle il substitue la raison au plaisir en se contraignant à privilégier les informations cognitives au détriment de ses propres sensations physiologiques pour choisir sa nourriture. »

Cette restriction cognitive crée des déséquilibres nutritionnels que nous verrons par la suite. Il a été démontré que la fluctuation du poids (effet « yo-yo ») est associée à un risque accru de maladies cardiovasculaires et à une augmentation du risque de syndrome métabolique [11].

Étude nationale individuelle des consommations alimentaires 2 (INCA 2) [4]

Cette étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population vivant en France métropolitaine, 1 455 enfants de 3-17 ans et 2 624 adultes de 18-79 ans, avait pour objectif principal de mesurer le plus précisément possible les consommations alimentaires et les apports nutritionnels de la population.

D'après cette étude :

- 23,6 % des adultes ont déclaré suivre ou avoir suivi un régime amaigrissant dans l'année ;
- quel que soit l'âge, les régimes amaigrissants se sont révélés plus fréquents chez les femmes. 40 % des femmes se trouvaient « trop grosses » et 60 % souhaitaient peser moins ;
- 15 % des femmes minces (IMC < 22) ont déclaré avoir suivi un régime amaigrissant dans l'année ;
- chez les adolescentes de 11 à 14 ans, 30 % d'entre elles se trouvent trop grosses et 47 % souhaiteraient peser moins.

Évaluation des risques liés à la pratique de régimes à visée amaigrissante [3]

• Principe des nombreux (15) régimes évalués par le groupe de travail

- Certains régimes portent sur des évictions totales d'aliments ou de catégories d'aliments.
- Pour certains régimes amaigrissants, la durée est variable selon les individus et le poids qu'ils souhaiteraient perdre.
- Aucune donnée ne permet d'estimer la durée et la fréquence à laquelle un individu suivra un régime, ce qui peut en atténuer ou en aggraver les conséquences sur la santé.

• Résultats concernant les apports énergétiques : modification de la répartition des nutriments

- En ce qui concerne les macronutriments :
- l'apport en protéines est supérieur à l'ANC (apport nutritionnel conseillé) pour plus de 80 % des phases de régime. Pour certains d'entre eux, les apports sont deux à trois fois supérieurs aux ANC.
 - plus de la moitié des phases de régime étudiées présentent des apports en lipides supérieurs à l'ANC et 40 % sont inférieures ;
 - la quasi-totalité des régimes ou phases de régimes étudiés proposent des apports en glucides inférieurs à l'ANC ;
 - 74 % des phases de régimes conduisent à des apports en fibres inférieurs à l'ANC et parfois près de dix fois

moindre. Seulement 26 % des phases de régimes étudiés respectent les recommandations d'apport en fibres.

Concernant les micronutriments, la plupart des régimes ne couvrent pas les besoins en micronutriments recommandés.

• Impact sur la masse maigre

La perte de la masse maigre est associée à toute perte pondérale. Donc, tous les régimes amaigrissants entraînent une perte de masse maigre (masse musculaire).

Cependant, celle-ci peut être atténuée lorsque le régime comprend un apport protéique minimal et est associé à de l'exercice physique [5].

• Impact osseux

La perte de poids, si elle est marquée et rapide, peut favoriser la perte osseuse chez les femmes proches de la ménopause ou après et chez les personnes non obèses. Cet effet serait plus marqué en cas de perte de poids importante (> 14 %) sur une courte période (3 mois).

La réduction des apports lipidiques s'avère délétère pour le capital osseux.

L'intensité des complications osseuses dépend de la population concernée (en termes d'âge et de sexe), du poids initial, et des conditions de la perte de poids (vitesse et amplitude).

• Impact hépato-rénal

Les données suggèrent que les régimes à très faible apport calorique provoquent des inflammations et fibroses modérées aux niveaux hépatique et portal ainsi que des calculs biliaires.

Les régimes hyperprotéiques non hypocaloriques induisent des apports qui dépassent le seuil des apports satisfaisants sur le plan rénal (2,2 g/kg/j).

• Impact cardiovasculaire

Les régimes très hypocaloriques peuvent induire de façon aiguë des accidents avec mort subite, par troubles du rythme cardiaque.

Les régimes très hypolipidiques sont délétères car ils entraînent un profil lipidique athérogène, notamment en cas de syndrome métabolique. La fluctuation du poids pourrait être un facteur de risque cardiovasculaire et de syndrome métabolique.

• Impact sur la prise de poids

La perte de poids conduit à une augmentation de la libération des polluants organiques persistants qui ont pour conséquence des perturbations des systèmes endocrinien, reproducteur et immunitaire, des dysfonctionnements métaboliques pouvant contribuer à la reprise de poids, des troubles du développement, ainsi que des cancers.

La reprise pondérale concerne 80 % des sujets à un an et augmente à long terme.

Les apports énergétiques qui permettent de maintenir le poids perdu après un régime amaigrissant sont inférieurs à ceux qui permettraient de maintenir un poids stable avant la perte de poids, ce qui favorise la reprise de poids.

Le retour au poids initial s'accompagne d'une récupération préférentielle de la masse grasse.

En période de perte de poids, la diminution de la leptinémie, en association avec de nombreux autres signaux nutritionnels, neuronaux et endocriniens, envoie un signal de « déficit énergétique » au niveau cérébral, ce qui se traduit par une augmentation de la sensation de faim.

• Impact psychologique

En privilégiant les informations cognitives, extérieures au sujet, au détriment de la reconnaissance de l'état interne, la restriction cognitive tend à court-circuiter les signaux physiologiques de faim et de satiété.

Les conséquences négatives au plan psychologique et comportemental ne sont souvent pas perçues par les candidats à l'amaigrissement. La dépression et la perte de l'estime de soi sont des conséquences psychologiques fréquentes des échecs à répétition des régimes. Sur le plan comportemental, la restriction cognitive et la perturbation du comportement alimentaire qu'elle induit aggrave très souvent le problème pondéral.

Comment prendre en charge cette restriction cognitive ?

Selon Le Barzic [2], « la médicalisation intempestive peut constituer un facteur pathogène pour le comportement alimentaire ; en imposant des normes nutritionnelles sans tenir compte des appétits et des goûts individuels, elle risque de court-circuiter les signaux métaboliques de régulation que sont la faim et la satiété, et de favoriser l'apparition de troubles du comportement alimentaire »

Cependant, il propose de faire de la restriction cognitive la cible prioritaire des interventions thérapeutiques car ceci permettrait de « réduire la dépression et les comportements alimentaires aberrants, de restaurer l'estime de soi, d'améliorer les relations avec l'entourage et, au bout du compte, le poids et les facteurs de risque qui lui sont associées. »

En pratique, l'objectif thérapeutique consiste à :

- rechercher et reconnaître la restriction et la combattre en priorité ;
- prescrire la stabilité pondérale au lieu de l'amaigrissement ;
- prescrire le régime en substituant des aménagements qualitatifs aux limitations quantitatives ;
- réhabiliter les aliments et ne pas supprimer totalement certains aliments ;
- insister sur la répartition prandiale en fonction de l'activité diurne pour harmoniser la cinétique des entrées

• **Tableau 1.** Exemples d'activités physiques en fonction de leur intensité (d'après les Recommandations HAS [6]).

Intensité	Exemples d'activités	Durée
Faible	Marche lente (4 km/h) Laver les vitres ou la voiture, faire la poussière, entretien mécanique Pétanque, billard, bowling. Frisbee, voile, golf, volley-ball, tennis de table (en dehors de la compétition)	45 minutes
Modérée	Marche rapide (6 km/h) Jardinage léger, ramassage de feuilles, port de charges de quelques kg Danse de salon Vélo ou natation « plaisir », aqua-gym, ski alpin	30 minutes
Élevée	Marche en côte, randonnée en moyenne montagne Bêcher, déménager Jogging (10 km/h), VTT, natation « rapide », saut à la corde : football, basket-ball, sports de combat, tennis (en simple), squash	20 minutes

Les durées mentionnées de façon indicative sont celles correspondant à un volume d'activité physique équivalent à 30 minutes d'activité d'intensité modérée.

avec celle des dépenses et restaurer les signaux physiologiques de faim et satiété ;

- encourager les dépenses par l'activité physique comme alternative à la réduction des entrées (*tableau 1*) ;
- éviter les préjugés.

En effet, selon les recommandations de la HAS [6], « *Le corps médical a tendance à utiliser les mêmes schémas de raisonnement en tenant les patients pour seuls responsables des échecs thérapeutiques.*

La stigmatisation prend de nombreuses formes souvent cumulatives : des commentaires verbaux inappropriés, des jugements, des exclusions sociales. Les stéréotypes et attitudes des professionnels de santé vis-à-vis des personnes ayant une obésité sont particulièrement importants. Ces attitudes font que la personne ayant une obésité sera moins à même de demander de l'assistance médicale pour sa prise en charge. »

En effet, j'ai parfois eu l'impression que les médecins auraient pu faire preuve de plus de patience et d'empathie pour certains patients obèses vus en consultation ou à l'hôpital. Mais je pense personnellement que ces comportements vis-à-vis des obèses sont en train de changer, du moins je l'espère, surtout dans le corps médical.

Comment prendre en charge le surpoids et l'obésité en médecine générale ?

Le rapport d'expertise en 2010 [3] propose une adaptation du régime aux goûts et habitudes du patient afin d'assurer l'adhésion de ce dernier sur le long terme.

Le principal facteur de stabilisation est le commencement d'une activité physique dès le début de la restriction calorique et son maintien après cette phase de restriction.

Il émet les recommandations suivantes :

Déconseiller aux patients la recherche de la perte de poids sans indication médicale formelle car elle comporte des risques, en particulier lorsqu'il est fait appel à des pratiques alimentaires déséquilibrées et peu diversifiées ;

L'accompagnement médical nécessaire doit être adapté au statut pondéral (IMC, tour de taille) du patient :

– *En l'absence d'excès de poids* : les régimes à visée amaigrissante sont des pratiques à risques. Le public doit donc être averti des conséquences néfastes à court, moyen et long terme de la pratique de ces régimes d'autant plus que ceux-ci sont déséquilibrés, associés à des troubles sévères du comportement alimentaire, et peuvent conduire à terme à un possible gain de poids irréversible.

– *La prise en charge de l'obésité, du surpoids ou d'une prise de poids importante nécessite un diagnostic précis des causes, une analyse du contexte et une estimation des conséquences ; elle nécessite de poser l'indication de perdre du poids ou non, et de définir les objectifs et les moyens à mettre en œuvre qui ne se limitent pas à la simple prise en charge diététique ; elle doit viser une réduction adaptée et prudente du poids, planifiée précocement (afin de pouvoir agir sur les facteurs à l'origine) puis une stabilisation avec des moyens appropriés, tout en veillant à préserver l'état de santé physique et psychologique à moyen et long terme.*

– *L'évolution des habitudes alimentaires doit être associée à l'introduction, au maintien voire à l'augmentation d'une activité physique régulière.*

– *L'obésité est une maladie chronique multifactorielle et sa prise en charge nécessite une démarche interdisciplinaire : médecin nutritionniste, endocrinologue, diététicien, psychologue, etc.*

Pour la revue *Prescrire*, en 2012 [7] le guide HAS de 2011 [6] est utile pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adulte malgré son faible niveau de preuve.

Son intérêt est de se positionner contre l'utilisation des médicaments (notamment Orlistat, diurétiques ou hormones thyroïdiennes) et de proposer des fiches conseils pour l'alimentation et l'activité physique.

Cependant, *Prescrire* remet en cause le guide HAS qui concerne l'enfant et l'adolescent. En effet les recommandations du comité d'expert semblent « extrêmes » avec notamment séparation enfants-parents ou activité physique pendant une heure tous les jours, sans mention des effets indésirables de ces pratiques. Il prône également le dépistage systématique et une prise en charge médicale systématique dès le surpoids, non recommandés chez l'adulte.

Prescrire pointe du doigt la composition du groupe de travail ayant pu influencer les conclusions du groupe : un seul généraliste, un médecin scolaire, un diététicien et peu de professionnels non soignants.

Les recommandations HAS de 2011 pour l'adulte [6] proposent :

Pour les patients en surpoids. L'objectif est avant tout de ne pas prendre de poids :

- En cas de tour de taille élevé, l'objectif est de stabiliser le poids, de réduire le tour de taille et de prévenir une prise de poids supplémentaire.
- En cas de comorbidité associée, l'objectif est la perte de poids et/ou la réduction du tour de taille.

Pour les patients avec obésité. La prise en charge de l'obésité comporte : la perte de poids, la prise en charge des comorbidités, la stabilisation pondérale et la prévention de la prise de poids :

– Une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial est à la fois réaliste et suffisante pour l'amélioration des principales comorbidités. Toutefois une baisse plus importante peut être souhaitable en cas d'obésité morbide (IMC > 40 kg/m²) ou lorsque la gravité des comorbidités l'impose.

– La prise en charge des comorbidités est un des objectifs prioritaires. Le contrôle d'un diabète, de l'hypertension et des autres facteurs de risque vasculaire, le soulagement des douleurs arthrosiques et le traitement du syndrome des apnées du sommeil ne doivent pas être négligés au profit de la seule réduction pondérale, qui n'est pas toujours suffisamment efficace en elle-même.

– Stabilisation pondérale. Le maintien de la perte de poids est essentiel. La prévention de la rechute est capitale. La reprise de poids après amaigrissement est très fréquente. L'idée est difficile à admettre par les patients comme par les médecins. Il existe en effet de nombreux facteurs de résistance à l'amaigrissement, qu'ils soient physiologiques, génétiques ou liés à la pression de l'environnement ou encore psychologiques et comportementaux. Le médecin doit veiller à éviter tout discours culpabilisant qui ferait de la personne avec une obésité la seule responsable de sa situation pondérale.

– Prévention de la prise de poids. Interrompre la prise de poids est déjà un objectif intéressant pour les personnes ayant une obésité qui sont en situation d'échec thérapeutique.

Un article de l'*International Journal of Obesity* (2001) [10] recommande pour le maintien de poids au long cours :

- de modifier les attentes irréalistes des patients concernant la perte de poids et de les convaincre d'accepter une perte de poids modérée ;
- d'envisager un changement de comportement alimentaire progressif (sur plus d'un an) ;
- de favoriser un contrôle flexible et non restrictif de l'alimentation ;
- de prendre en compte la dimension comportementale de ce changement.

Conclusion

J'ai retenu de ces recherches les éléments suivants.

La restriction cognitive est à la base de tous les régimes amaigrissants. Elle modifie par définition le comportement alimentaire et peut avoir des conséquences sur la santé à la fois sur le plan somatique mais aussi sur le plan psychologique de par les nombreux échecs de perte de poids qui en découlent.

La prise en charge d'un surpoids doit donc être axée sur le maintien du poids, et non sur la perte de poids, et une adaptation principalement qualitative de l'alimentation associée à une activité physique adaptée.

La prise en charge de l'obésité est quant à elle très complexe de par son caractère chronique et multifactoriel. Le médecin doit faire preuve d'empathie et éviter au maximum le jugement du patient. La prise en charge psychologique me semble être au centre de cette prise en charge. La perte de poids indiquée doit de toute façon être prudente et se faire dans l'objectif d'un maintien à long terme du poids.

En île de France, le réseau REPOP [8] permet cette prise en charge multifactorielle et adaptée pour les enfants et adolescents. J'ai d'ailleurs donné les coordonnées à un médecin généraliste du cabinet où je suis actuellement qui ne savait comment prendre en charge un enfant obèse. Elle a été très contente de la réponse rapide du réseau qui a proposé tout de suite une prise en charge adaptée et de proximité.

En conclusion, la restriction cognitive doit être prévenue en médecine générale notamment par l'information aux patients et aux parents d'enfants tout en valorisant une alimentation saine, équilibrée et diversifiée associée à l'activité physique.

En pratique, en stage, je prends soin de faire les courbes (poids, taille et IMC) chez les enfants et adolescents. En cas de surpoids, je le signale à l'enfant et aux parents, tout en prévenant le danger des « régimes » et de leur impact néfaste au long terme. Je précise qu'il faut associer une activité physique régulière à une alimentation saine, diversifiée et équilibrée, en faisant attention aux quantités.

J'insiste énormément sur le fait que les changements alimentaires et d'activité physique seront ceux qu'il faudra tenir pendant toute sa vie. Donc, pas d'objectifs invraisemblables !

Si le temps de consultation me le permet, je revois avec eux l'activité physique et les apports caloriques de l'enfant. Je propose à l'enfant de noter ce qu'il mange pendant quelques jours puis de revenir me voir dans quelques semaines ou mois. On peut fixer un objectif de poids qui peut être le même que celui de la consultation.

En cas de demande de conseil sur les régimes, je mets en garde contre les effets délétères de la restriction alimentaire, analyse avec la personne son rapport à l'alimentation, ses apports caloriques et son activité physique. Le guide HAS propose d'ailleurs une fiche détaillée, que je n'ai encore jamais utilisée en consultation (*tableau 2*).

- **Tableau 2.** Fiche de support à l'entretien lors du bilan initial (d'après les Recommandations HAS [6])

Retracer l'histoire pondérale
Âge de début de la prise de poids (enfance, adolescence, âge adulte), circonstances déclenchantes
À l'âge adulte : poids le plus bas, poids le plus haut
Variations récentes du poids (gain, perte, depuis quand, de combien, pourquoi : événements de vie)
Régimes suivis, actuellement, dans le passé, avec les modalités d'encadrement
Nombre et amplitude des rechutes et des récurrences de prise de poids et leur contexte
Poids de forme, poids où le patient se sent bien
Évaluer l'activité physique
Profession principale
Horaires normaux ou décalés
Intensité approximative de l'activité physique professionnelle (faible, modérée, élevée)
Activités domestiques réalisées à domicile (ex : travail d'entretien de la maison...) Intensité approximative de l'activité domestique (faible, modérée, élevée)
Activités de loisirs et activités sportives actuelles et antérieures, en Identifiant l'activité de marche au cours des loisirs
Pour chaque activité :
<ul style="list-style-type: none"> • intensité approximative (faible, modérée, élevée) • durée de chaque session d'activité • fréquence de pratique (par ex. : sur l'année précédente)
Transports et trajets pour se rendre au travail ou dans les magasins
Temps de trajet habituel (heures/jour)
Mode de trajet (marche, vélo...)
Utilisation préférentielle des ascenseurs ou des escaliers
Évaluer les occupations sédentaires
Temps passé devant un écran (TV/vidéo/ordinateur) (heures/jour)
Temps passé en position assise (heures/jour)
Étudier les habitudes alimentaires
Repas (heures habituelles, comment : debout/assis, seul/en compagnie, au restaurant, vite/en prenant le temps de manger, habitude de se resservir à table)
Goûter(s), collation ou en-cas
Grignotage : horaire, fréquence, circonstances déclenchantes, pourquoi (faim, ennui, envie, gourmandise, contrariétés...), aliments consommés, quantités
Habitude de sauter un repas (fréquence)
Habitude de manger la nuit (dans la soirée, à l'endormissement, après des réveils nocturnes)
Sensations subjectives : faim, envie de manger, rassasiement, satiété
Évaluer la taille des portions {le diamètre d'une assiette de taille standard est 25 cm}
Habitudes d'achat des aliments (Qui ? Où ? Quand ? Combien ? Stockage)
Préparation des repas (Qui ? Mode de cuisson, d'assaisonnement)
Étudier les apports alimentaires
Consommation de boissons sucrées (sodas, jus de fruits, spécialités laitières, boissons énergisantes), de boissons alcoolisées
Consommation d'aliments à forte densité énergétique riches en lipides (par exemple : fritures – frites, chips, beignets, etc., pâtisseries, glaces, viennoiseries), en sucres (par exemple : confiseries)
Consommation d'aliments à faible densité énergétique (fruits, légumes)



La restriction cognitive ou comment les régimes font grossir

La restriction cognitive est une complication de la pratique de régimes à répétition qui conduit à manger paradoxalement plus et plus mal quand on cherche à manger moins.

Une médicalisation intempestive, en imposant des normes nutritionnelles sans tenir compte des appétits et des goûts individuels, risque de court-circuiter les signaux métaboliques de régulation que sont la faim et la satiété, et de favoriser l'apparition de troubles du comportement alimentaire.

La prise en charge de l'obésité, du surpoids ou d'une prise de poids importante doit viser une réduction adaptée et prudente du poids, planifiée précocement puis une stabilisation avec des moyens appropriés, tout en veillant à préserver l'état de santé physique et psychologique à moyen et long terme.

La prise en charge d'un surpoids doit être axée sur une adaptation principalement qualitative de l'alimentation associée à une activité physique adaptée.

Le principal facteur de stabilisation du poids est le commencement d'une activité physique dès le début de la restriction calorique et son maintien après cette phase de restriction.

Ce que je ne fais pas : prendre le tour de hanche et tour de taille, pourtant indispensables dans la prise en charge : manque de temps ? sensation de stigmatiser la personne ?

Peut-être serait-il intéressant de pouvoir proposer aux patients en surpoids, qui sont nombreux, et aux professionnels de santé, une interface numérique de qualité, médicalement approuvée, pour surveiller l'évolution du poids, de la taille, de l'IMC et du tour de taille avec des conseils sur les quantités alimentaires et l'activité physique.

~ **Liens d'intérêts** : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. ObÉpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Une enquête INSERM/KANTAR HEALTH/ROCHE.
2. Le Barzic M. Le syndrome de restriction cognitive : de la norme au désordre du comportement, alimentaire. *Diabetes Metab* 2001 ; 27 : 512-6.
3. ANSES. Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective. Novembre 2010.
4. Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). Étude nationale individuelle des consommations alimentaires 2 (INCA 2). Rapport d'expertise 2006-2007.
5. Weinheimer EM, Sands LP, Campbell WW. A systematic review of the separate and combined effects of energy restriction and exercise on fat-free mass in middle-aged and older adults: implications for sarcopenic obesity. *Nutr Rev* 2010 ; 68 : 375-88.
6. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique. Septembre 2011.
7. Collectif. Surpoids et obésité de l'adulte. Un guide HAS utile pour une prise en charge individualisée. *Rev Prescrire* 2012 ; 32 : 764.
8. RéPOP Ile de France. <http://www.repop-idf.fr/qui-sommes-nous/>.
9. Organisation mondiale de la santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS (OMS, Série de Rapports techniques 894). http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/fr/.
10. Westenhoefer J. The therapeutic challenge: behavioral changes for long-term weight maintenance. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001 ; 25 (Suppl. 1) : S85-8.
11. Vergnaud AC, Bertrais S, Oppert JM, Maillard-Teyssier L, Galan P, Hercberg S, Czernichow S. Weight fluctuations and risk for metabolic syndrome in an adult cohort. *Int J Obes (Lond)* 2008 ; 32 : 315-21.