



# Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses

Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 695-9

**S. Gaillard  
V. Barthassat  
Z. Pataky  
A. Golay**

**Drs Stéphanie Gaillard,  
Vincent Barthassat et Zoltan Pataky  
Pr Alain Golay**  
Service d'enseignement thérapeutique  
pour maladies chroniques  
Centre collaborateur de l'Organisation  
mondiale de la santé  
Département de médecine  
communautaire et de premier recours  
HUG, 1211 Genève 14  
Stephanie.Gaillard@hcuge.ch  
vbarthassat@bluemail.ch  
Zoltan.Pataky@hcuge.ch  
Alain.Golay@hcuge.ch

## A new program of therapeutic education for obese patients

Obesity is a chronic disease which is increasing over the past thirty years. This disease is complex and its treatment is difficult and generally frustrating for the patients and the medical team because of a high risk of relapse. Indeed, a dietetic approach alone is most of the time not good enough to obtain a long-lasting weight loss; the few drugs on the market should also be prescribed as a part of a more global approach. A multidisciplinary approach with a long-standing follow-up including a cognitive-behavioral therapy coupled to a diet and physical activity is mandatory to avoid any weight regain. We propose a new multidisciplinary program of two years with in hospital-stay and ambulatory follow-up which is showing some promising results (90% of success at one year).

L'obésité est une maladie chronique dont la prévalence n'a cessé d'augmenter depuis trente ans. Cette maladie est complexe, rendant son traitement difficile et généralement frustrant tant pour les patients que pour les soignants, en raison d'un haut risque de rechute. En effet, les régimes seuls sont le plus souvent insuffisants pour obtenir une perte de poids durable; de même les médicaments, peu nombreux, ne sont que des appoints à un traitement de fond plus global. L'obésité nécessite ainsi une prise en charge multidisciplinaire, au long cours, associant une approche cognitivo-comportementale à des enseignements diététiques et de l'activité physique pour éviter la reprise pondérale. Notre Service utilise une telle approche dans un programme hospitalier et ambulatoire sur deux ans dont les résultats préliminaires montrent un taux de succès de 90% à un an.

## QUELLES APPROCHES? QUELS TRAITEMENTS? QUELS RÉSULTATS?

La prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter et, avec elle, ses multiples comorbidités tant psychiques que physiques.<sup>1</sup> La prise en charge de cette maladie est difficile pour différentes raisons. Premièrement, l'obésité n'est souvent pas considérée comme une maladie en soi, tant par les patients eux-mêmes que par certains soignants. Ceci entraîne un manque de soins appropriés. De plus, il s'agit d'une maladie chronique à haut risque de rechute qui ne peut être guérie en quelques mois de traitement médicamenteux ou diététique, mais qui

nécessite un suivi à long terme. Enfin, l'obésité fait partie des maladies complexes où s'intriquent fréquemment des troubles du comportement alimentaire et des dysfonctions psychologiques.

Lorsque le traitement de l'obésité est abordé, la plupart des gens pensent essentiellement aux régimes, perçus comme contraignants et souvent peu efficaces. En effet, de nombreux régimes hypocaloriques sont proposés, variant la proportion des différents macronutriments que sont les graisses, les protéines et les hydrates de carbone. Pour savoir si l'un ou l'autre est plus efficace pour faire perdre du poids, Sacks et coll. ont organisé une étude randomisée récente de plus de 800 patients en surpoids comparant, sur deux ans, quatre régimes hypocaloriques (pauvre en graisse; pauvre en graisse et hyperprotéiné; pauvre en hydrates de carbone; pauvre en hydrates de carbone et hyperprotéiné).<sup>2</sup> Les résultats ne montrent aucune différence significative de perte de poids quel que soit le régime effectué. Tous les régimes ont engendré une perte d'environ 6,5 kg durant les six premiers mois avec, par la suite, une reprise pondérale partielle pour une perte moyenne de 4 kg à la fin des deux ans. Cette étude confirme que ce n'est pas le type de régime qui compte, tant que l'apport calorique global est réduit. Cependant, une approche diététique seule est peu efficace au long cours avec plus de 90% de rechute à cinq ans.<sup>3</sup>

Par ailleurs, une activité physique seule permet une perte de poids parfois



moins importante qu'avec une approche diététique mais offre une meilleure stabilité du poids.<sup>4</sup>

Dès lors, l'obésité, en tant que maladie chronique complexe, nécessite une prise en charge globale, multidisciplinaire, centrée sur le patient, associant une approche cognitivo-comportementale, des conseils diététiques et sur l'activité physique ainsi que, parfois, une aide médicamenteuse de type orlistat, utile dans certains cas.<sup>5</sup> A noter que la prise en charge chirurgicale de l'obésité dépasse le cadre de cet article.

Cet article se propose de faire le point sur les différentes approches multidisciplinaires connues et plus spécifiquement sur un nouveau programme d'éducation thérapeutique hospitalier et ambulatoire mis en place dans notre Service d'enseignement thérapeutique des maladies chroniques depuis quelques années.

## LE PARCOURS SINUEUX DE L'APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

On retrouve dans la littérature de multiples études concernant différents programmes multidisciplinaires hospitaliers, ambulatoires ou mixtes pour la prise en charge de la perte de poids.<sup>6,7</sup> Dans notre Service d'enseignement thérapeutique des maladies chroniques, nous avons cheminé progressivement ces dernières années pour tenter de trouver la meilleure approche possible pour nos patients obèses.

### Programmes hospitaliers

Nous avons d'abord évalué l'efficacité à cinq ans d'un programme de six semaines d'hospitalisation comprenant l'instauration d'un régime hypocalorique (1200 kcal/j fractionnées en trois repas et trois collations), des sessions de thérapies de groupe et individuelles incluant de l'activité physique (deux heures/jour), de l'éducation diététique et des techniques standards cognitivo-comportementales.<sup>8</sup> Cette hospitalisation se poursuivait par des journées motivationnelles tous les quatre mois. Les résultats ont montré une perte de poids moyenne de 7,5 kg pendant l'hospitalisation. Par la suite, 25,5% des patients ont perdu du poids supplémentaire (12 kg en moyenne), 20% ont gardé le même poids et 54,5% ont repris du poids (10 kg en moyenne) à cinq ans. Le changement de poids était significativement corrélé aux difficultés psychosociales, aux troubles du comportement alimentaire et à la consommation lipidique et calorique totale. Avec un taux de succès de 45% (perte de poids et maintien du poids), ce type d'approche multidisciplinaire montrait des résultats encourageants mais posait la question de comment améliorer le suivi ambulatoire psychologique et comportemental.

Ce programme efficace a été à la source d'un nouveau programme interdisciplinaire plus court, de deux semaines d'hospitalisation structurée, associées à un suivi ambulatoire plus intensif par des médecins ayant tous une formation dans l'éducation thérapeutique du patient (rendez-vous une fois par mois les deux premières années, puis tous les trois mois les trois dernières années). A cinq ans, 55% des patients ont perdu > 2,5% de leur poids (en moyenne 10 kg), 15% ont maintenu leur poids et 30% ont repris du poids (en moyenne 3,5 kg).<sup>9</sup> Là encore, les patients ayant perdu du

poids présentaient un suivi plus important, une meilleure structure alimentaire et plus d'activité physique que les patients ayant repris du poids. Les difficultés psychosociales et le rôle de l'entourage étaient également des facteurs fortement corrélés au changement de poids. Ces résultats renforcent l'idée qu'un suivi ambulatoire est primordial, permettant un succès jusqu'à 70% à cinq ans.

## UN NOUVEAU PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

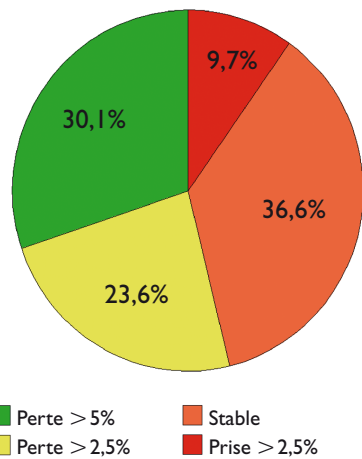
Dans un souci d'évolution constante pour s'adapter au mieux aux besoins des patients obèses, nous avons instauré depuis 2004 un programme mixte, hospitalier et ambulatoire de prise en charge de l'obésité, associant une approche individuelle et en groupe sur deux ans. Ce programme consiste en quatre journées consécutives d'hôpital de jour pendant lesquelles sont abordés, lors d'ateliers d'introduction, les quatre axes thérapeutiques de l'obésité, à savoir: 1) l'aspect médical ou «La gestion de la balance», 2) l'aspect diététique ou «Quelle est la meilleure façon de manger pour maigrir durablement?»; 3) l'aspect psychologique ou «Comment je comprends mon fonctionnement?» et 4) l'activité physique ou «Pourquoi bouger?».

En plus de ces ateliers, les patients bénéficient de trois entretiens individuels avec leur soignant-référent, explorant leur motivation, leurs ressources et leurs difficultés, et les préparant au changement. Enfin, s'ajoutent des groupes de partage animés par une psychologue avec une approche cognitivo-comportementale, notamment sur le vécu de leur obésité: «Comment je vis avec mon poids?»; «Comment je m'explique ma prise de poids aujourd'hui à la lumière de ces trois jours?»; «Un point que j'emporte avec moi...» et une séance de thérapie par le mouvement.

### Suivi ambulatoire

Les patients sont ensuite suivis régulièrement par un soignant-référent du service avec des entretiens motivationnels individuels pendant deux années associés, au besoin, à un suivi par un diététicien pour des ajustements du plan alimentaire. En outre, les patients bénéficient durant la première année de cinq journées structurées motivationnelles en groupe sur le thème de la diététique, des troubles du comportement alimentaire, de l'activité physique, de l'image du corps, du bilan à un an et comment continuer. Lors de cette dernière journée, nous abordons également quels sont les besoins, les suivis, les thérapies qu'il est souhaitable de commencer ou de poursuivre.

Les patients qui suivent ce programme sont majoritairement des jeunes femmes (86%, âge moyen 42 ans) alors que sur le plan épidémiologique, la prévalence de l'obésité en Suisse est plus élevée chez les hommes.<sup>10</sup> Ceci conforte l'idée du déni de cette maladie chez les hommes. Nos patients ont également une obésité sévère (IMC moyen de 37,7 kg/m<sup>2</sup>) avec une sédentarité importante (64%). Ils présentent des troubles du comportement alimentaire (75%) et une hyperphagie aux repas (80%), très fréquemment associés à une dépression actuelle ou passée (45%). Les résultats préliminaires des dernières années (2007-2010) sont très encourageants: 54% des patients ont perdu > 2,5%

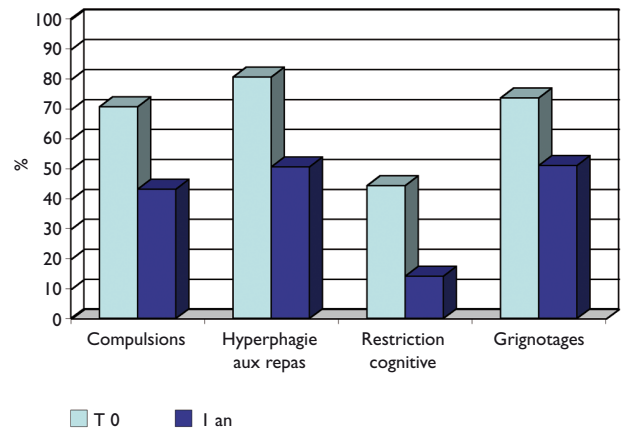


**Figure 1.** Evolution du poids à un an chez 95 patients suivant le programme multidisciplinaire de perte de poids

de leur poids, 36% ont stabilisé leur poids et 10% ont repris du poids à un an de suivi (figure 1). Ainsi, le taux de succès pour l'évolution pondérale peut se chiffrer à 90% à un an. Le poids n'est cependant pas le seul paramètre à se modifier et il s'avère crucial d'évaluer d'autres éléments biopsychosociaux. En effet, des paramètres biologiques comme le HDL-cholestérol et la tension artérielle sont significativement améliorés (tableau 1). En outre, les troubles du comportement alimentaire de type compulsions, hyperphagie, grignotages et restriction cognitive sont nettement diminués à un an (figure 2). De même, les habitudes alimentaires sont changées (diminution des excès de graisses et des sucres) et l'activité physique augmentée. Les résultats ne se limitent donc pas à la seule perte de poids, mais cette prise en charge multidisciplinaire engendre une amélioration globale significative ( $p < 0,001$ ) portant sur les sept dimensions de l'obésité (figure 3). Cette visualisation au cours de la prise en charge du patient permet d'insister sur le type de suivi à favoriser.

**Tableau 1.** Paramètres anthropobiologiques de 95 patients à l'entrée du programme d'éducation thérapeutique multidisciplinaire et après un an  
Ns: non significatif.

	Avant	Après un an	p
<b>Poids (kg)</b>	105,8	101,4	<b>&lt; 0,001</b>
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	38,3	36,7	<b>&lt; 0,001</b>
Glycémie (mmol/l)	5,8 ± 0,7	5,5 ± 0,7	ns
HbA1c (%)	5,6 ± 0,3	5,4 ± 0,4	ns
Cholestérol total (mmol/l)	5,4 ± 1,13	5,5 ± 0,9	ns
LDL-cholestérol (mmol/l)	3,6 ± 0,8	3,7 ± 0,82	ns
<b>HDL-cholestérol (mmol/l)</b>	1,1 ± 0,3	1,2 ± 0,3	<b>0,004</b>
Triglycérides (mmol/l)	1,6 ± 0,82	1,5 ± 0,7	ns
<b>TAH systolique (mmHg)</b>	133 ± 16	123 ± 10	<b>0,001</b>
<b>TAH diastolique (mmHg)</b>	87 ± 9	78 ± 16	<b>0,001</b>

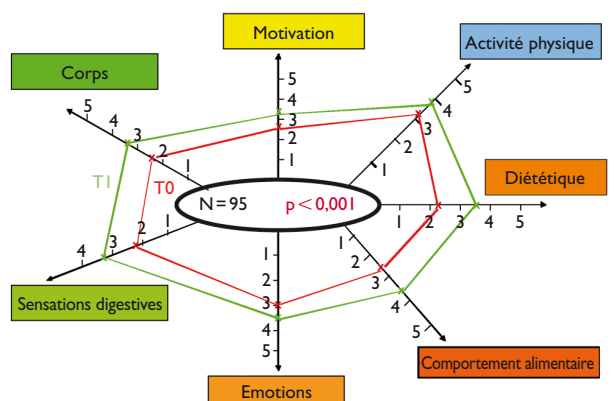


**Figure 2.** Evolution des troubles du comportement alimentaire chez 95 patients obèses après un an de suivi dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique multidisciplinaire

A noter une diminution significative des compulsions alimentaires, de l'hyperphagie aux repas, de la restriction cognitive et des grignotages.

## CONCLUSION

Les résultats obtenus dans notre Service d'enseignement thérapeutique des maladies chroniques corroborent ce que l'on peut trouver dans la littérature actuelle, à savoir que des thérapies combinant la diététique, l'activité physique et une approche cognitivo-comportementale sont plus efficaces ensemble que chaque approche prise séparément.<sup>4,12</sup> De même, l'utilisation d'un traitement pharmacologique pour perdre du poids apporte de meilleurs résultats s'il est



**Figure 3.** Evaluation de sept dimensions à prendre en compte lors de la prise en charge de l'obésité

(Adaptée de réf. 11).

En rouge, la moyenne sur 95 patients au début du programme; en vert, les résultats à un an. A noter une amélioration significative ( $p < 0,001$ ) à tous les niveaux.

Les sensations digestives comprennent la sensation de faim et de satiété et comment le patient réagit face à ses sensations; l'item «corps» prend en compte l'image qu'a le patient de son corps; l'item «émotions» fait référence à la reconnaissance et à la gestion des émotions par le patient.



combiné à des modifications hygiéno-diététiques. Il est nécessaire de tenir compte des aspects psychosociaux des patients, de travailler avec leurs connaissances, leurs conceptions (dimension cognitive), leur vécu émotionnel (dimension émotionnelle), leurs raisonnements intimes (dimension infracognitive) et leur image ou estime de soi (dimension métacognitive).<sup>13</sup> Ces quatre dimensions sont à explorer avec le patient pour diminuer sa résistance au changement. Un travail global multidisciplinaire est donc primordial, associé à un suivi au long cours, étant donné le caractère chronique et récidivant de cette maladie. Une telle approche a fait ses preuves avec des résultats, dans notre Service, entre 70% et 90% selon les programmes, permettant d'espérer infléchir durablement la courbe des statistiques de l'obésité. ■

### Implications pratiques

- > L'obésité est à considérer comme une maladie chronique complexe à haut risque de rechute
- > Une prise en charge multidisciplinaire en éducation thérapeutique associant des techniques cognitivo-comportementales, un enseignement diététique et de l'activité physique est primordiale
- > Un suivi ambulatoire à long terme est nécessaire pour maintenir la motivation et prévenir la rechute
- > Le programme d'éducation thérapeutique organisé sur deux ans donne des résultats très encourageants avec un taux de succès de 90% à un an

### Bibliographie

- 1 Golay A, Masciangelo ML. Poids de l'obésité: de l'épidémie aux coûts. Rev Med Suisse 2005;1:807-13.
- 2 Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrate. N Engl J Med 2009;360:859-73.
- 3 Glenny AM, Meara SO, Melville A, et al. The treatment and prevention of obesity: A systematic review of literature. Int J Obes 1997;21:715-37.
- 4 Skender ML, Goodrick GK, Del Junco DJ, et al. Comparison of 2-year weight loss trends in behavioral treatments of obesity: Diet, exercise, and combination interventions. J Am Diet Assoc 1996;96:342-6.
- 5 \* Makoundou V, Bobbioni-Harsh E, Gachoud JP, et al. A 2-year multifactor approach of weight loss maintenance. Eat Weight Disord 2010;15:e9-e14.
- 6 Björvell H, Rössner S. A ten-year follow-up of weight change in severely obese subjects treated in a combined behavioral modification program. Int J Obes Relat Metab Disord 1992;16:623-5.
- 7 Hakala P, Karvetti RL, Rönnemaa T. Group vs individual weight reduction programs in the treatment of severe obesity-a five-year follow-up study. Int J Obes Relat Metab Disord 1993;17:97-102.
- 8 Golay A, Buclin S, Ybarra J, et al. New interdisciplinary cognitive-behavioural-nutritional approach to obesity treatment: A 5-year follow-up study. Eat Weight Disord 2004;9:29-34.
- 9 \* Buclin-Thiebaud S, Pataky Z, Bruchez V, et al. New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: A 5-year follow-up. Patient Educ Couns 2010;79:333-7.
- 10 Schneider H, Venetz W, Berardo CG. Overweight and obesity in Switzerland. Part I: Cost burden of adult obesity in 2007. HealthEcon AG 2009:1-57.
- 11 Guillermin Spahr ML, Golay A. Les ingrédients de la perte de poids. Rev Med Suisse 2006;2:836-8.
- 12 Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG, et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. N Engl J Med 2005;353:2111-20.
- 13 \* Golay A, Lagger G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. Médecine des maladies Métaboliques 2007;1:69-76.

\* à lire  
\*\* à lire absolument

## Andreavit® Pour un bon départ dans la vie

### Vitamines et minéraux pour la grossesse

Formulé de façon optimale selon Dietary Reference Intakes\* pour vitamines et minéraux:

- 11 vitamines, 9 minéraux et oligo-éléments
- Avantages particuliers sont bêta-carotène, iode et sélénium

**C:** 11 vitamines: bêta-carotène, B1, B2, B6, B12, C, D3, E, acide folique, biotine, nicotinamide. 9 minéraux et oligo-éléments: calcium, magnésium, chrome, fer, iode, cuivre, molybdène, sélénium, zinc. **I:** prévention des symptômes de carence avant, pendant et après la grossesse. Prophylaxie de l'anémie ferriprive pendant la grossesse et l'allaitement. **P:** 1 cp, pelliculé par jour. **O:** prise concomitante d'autres préparations contenant de la vitamine D. **H:** hypervitaminose D, insuffisance rénale, troubles du métabolisme calcique, troubles de l'utilisation du fer, hypersensibilité à l'un ou plusieurs des composants du médicament. **E:** troubles gastro-intestinaux; très rare: réactions allergiques. **IA:** tétracyclines, antiépileptiques. **E:** 30 et 90 cps, pelliculés. Liste C. Informations détaillées dans le Compendium Suisse des Médicaments.

Andreabal S.A., Binningerstrasse 95, 4123 Allschwil, Téléphone 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, www.andreabal.ch

