



Obésité: l'approche multidisciplinaire Rôle de la diététicienne



An Verrijken (NL)

Marie Barea (Fr)

OBESITY ACADEMY 9 february 2019 Leuven



Obésité : prise en charge du médecin généraliste

HAS recommandations 2011

- En 1^{ère} ligne : le médecin généraliste prend en charge le patient en surpoids ou obèse dans de nombreux cas



- éducation diététique, conseils d'activité physique, approche psychologique et suivi médical sont assurés par le M.G

Obésité : prise en charge en 2^{ème} ligne

HAS recommandations 2011

- Si les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints,
aide d'un professionnel de santé en 2^{ème} ligne :



1) Si échec/récidive après plusieurs régimes pendant 6mois à 1 an
Collaboration avec médecin nutritionniste ou un diététicien, un psychiatre ou
un psychologue clinicien, un kinésithérapeute

2) Si $BMI > 35 \text{ kg/m}^2$ avec comorbidité et $BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ si demande du patient ou avis pour une indication de chir. bariatrique.

→ le M.T. a un rôle de coordinateur de l'équipe pluri

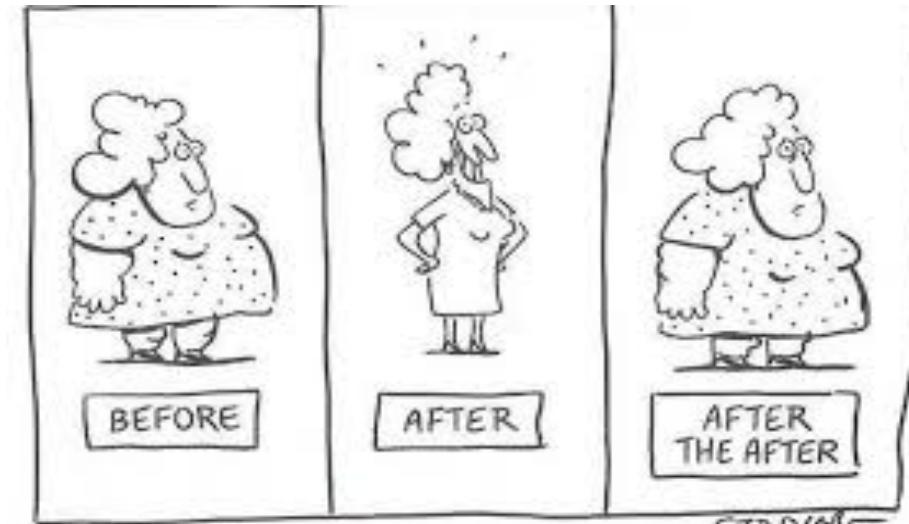


Docteur, aucun régime ne marche sur moi ...

- Etude Nutrinet-Santé 2012:

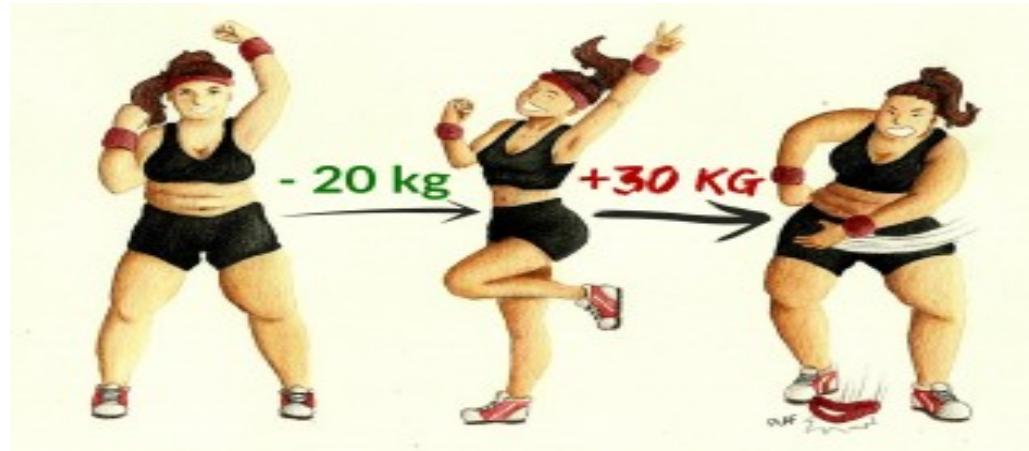
« plus d'une femme sur quatre et d'un homme sur sept ont suivi plus de cinq régimes au cours de leur vie. Et ce, en les jugeant en fin de compte infructueux »

Le « fameux effet yoyo » :



Restriction alimentaire → frustration → perte de contrôle → reprise poids

Docteur, je ne mange rien pourtant je grossis.. Que proposer ?



Rôle de la diététicienne = Approche holistique du patient en surpoids/obèse

- Pas juste compter calories ou donner « le énième plan régime »
- « Faire » régime seul = échec pr 80% à 90% !
- Anamnèse n'est pas « que alimentaire »
- → **Comprendre** : les moments où le patient mange (circonstances, situation de travail, situation familiale)
- → ses **habitudes** alimentaires et ses **connaissances** alimentaires, qui co-déterminent son schéma alimentaire



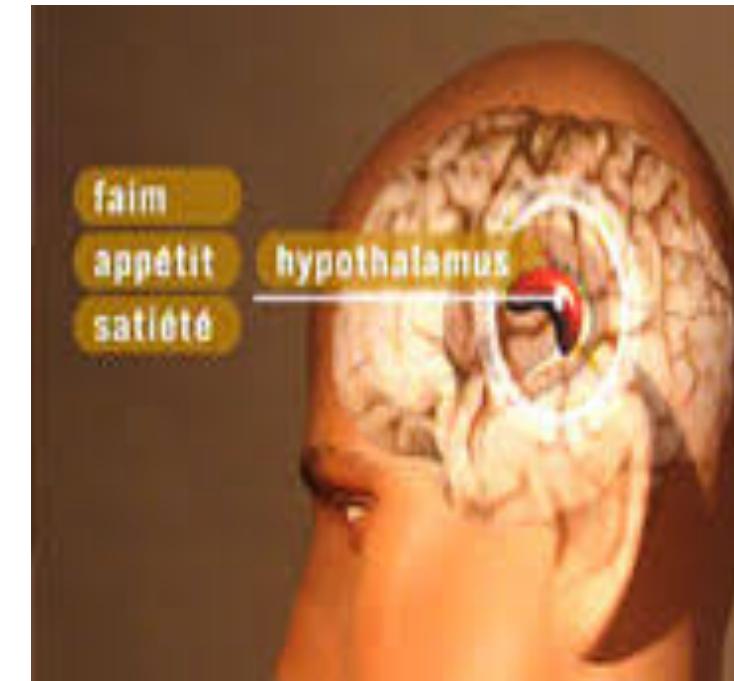
Approche holistique du patient en surpoids/obèse

Buts anamnèse alimentaire = amener une réflexion sur le comportement :

- faim >< envie de manger / gourmandise
- Satiété perçue ? (écoute des signaux)
- Durée des repas (trop vite ?) / mastication ?
- émotions déclenchant la prise alimentaire

→ collaboration avec psy comportementaliste

- 20 à 30% patients obèses présentent troubles alimentaires



Quid si les sensations alimentaires mal perçues?

Avec la diet

- travail sur les sensations de faim et de satiété,
- retrouver une alimentation qui s'adapte à ses besoins
- dédiaboliser les aliments



Avec le psy :

- travailler sur les émotions qui conduisent à manger,
- proposer un travail sur l'estime de soi, sur l'acceptation de formes corporelles compatibles avec sa physiologie.



Anamnèse =



définir les changements diététiques à apporter

- Repas à restructurer (>< 1 seul repas/j)
- Améliorer la qualité de l'assiette
diminuer les lipides / utiliser modes de cuisson plus sains
privilégier fruits, légumes, grains, céréales complètes
- Hydratation suffisante, boissons conseillées
- diminution de l'apport énergétique global
- Revoir la taille des portions
- Confusion/mythes sur l'alimentation et les régimes
- Evaluer le réalisme des objectifs de perte de poids

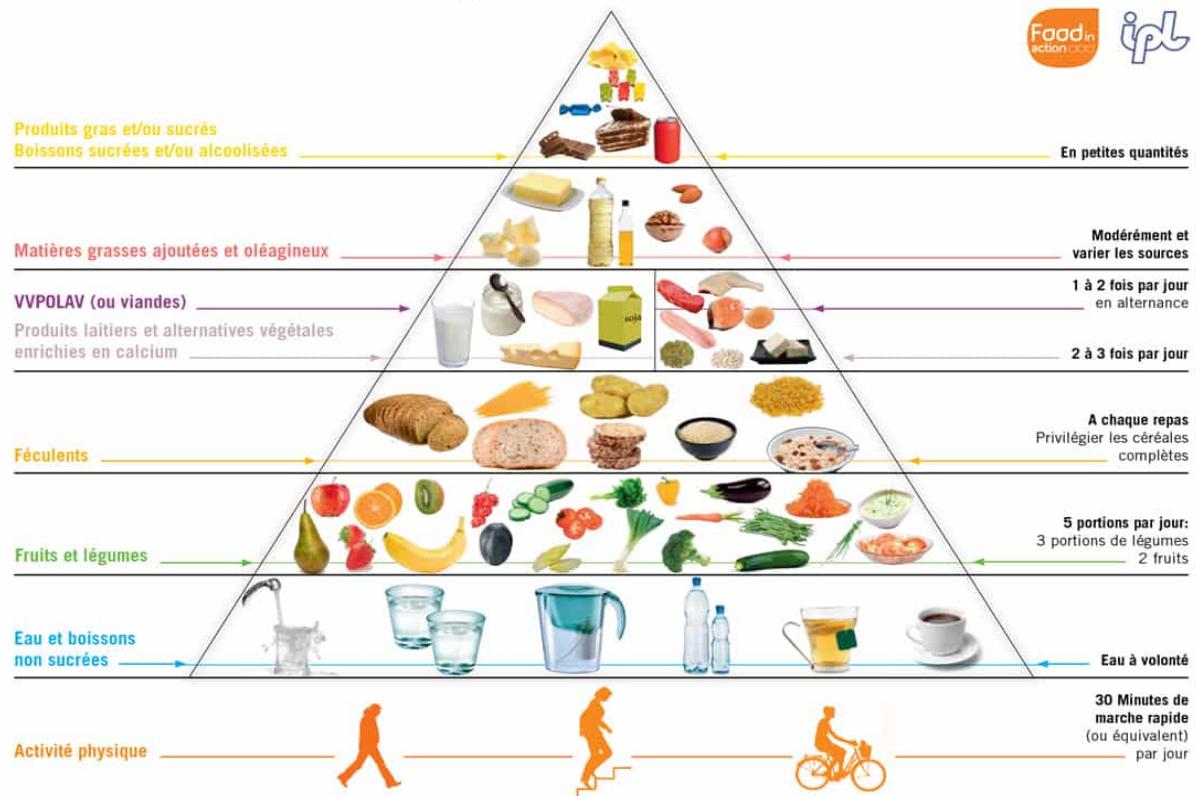
→ Pas de notion de régime mais rééquilibrage alimentaire



Améliorer la qualité alimentation: outil visuel



La pyramide alimentaire



Outil visuel : assiette équilibrée



1, 2, 3... Santé!
Trois repères pour une assiette équilibrée



En collaboration avec

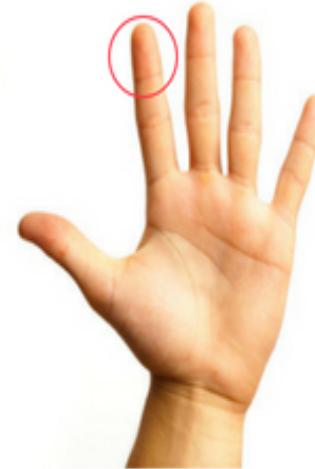


Outil visuel : taille des portions



PAUME

Viande, poisson,
équivalent végétarien



DOIGT

Matière grasse : huile
olive ...



MAIN

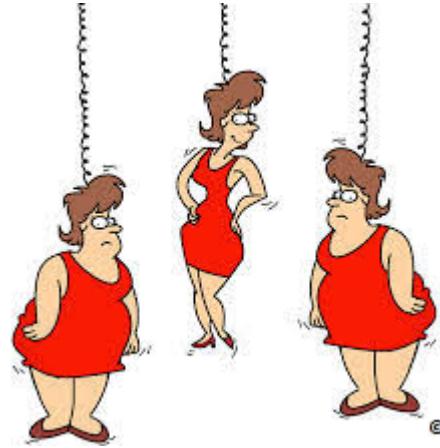
Tranche de pain



POIGNÉE

Féculents : riz, pâtes





Modifier alimentation : Eviter le yoyo ?

- **petits changements** non frustrants et tenables à long terme
- Perte de poids **lente** (1 à 3kg max/mois)
- Retrouver **les sensations** alimentaires (faim, satiété...)
- se servir dans une **petite assiette** au lieu d'une grande pour influer sur le sentiment de satiété
- **manger à table** plutôt que devant son ordinateur ou la télé pour davantage prêter attention au **plaisir** de ce qu'on mange.

Obésité et chirurgie bariatrique = support pluridisciplinaire !



*Création en 2012 d'une association belge de paramédicaux spécialisés dans la prise en charge des patients opérés
La BBAHS : regroupe les psy, diet, nutri, coordinateurs. = Lieu d'échange et de partage d'expériences cliniques en collaboration avec les équipes médico-chirurgicales.*

Suivi diététique bariatrique indispensable car « nouveau départ »

- Préop = information et préparation à la chirurgie
- Postop = Réapprentissage des sensations alimentaires + Education diététique
→ changement mode vie au long cours

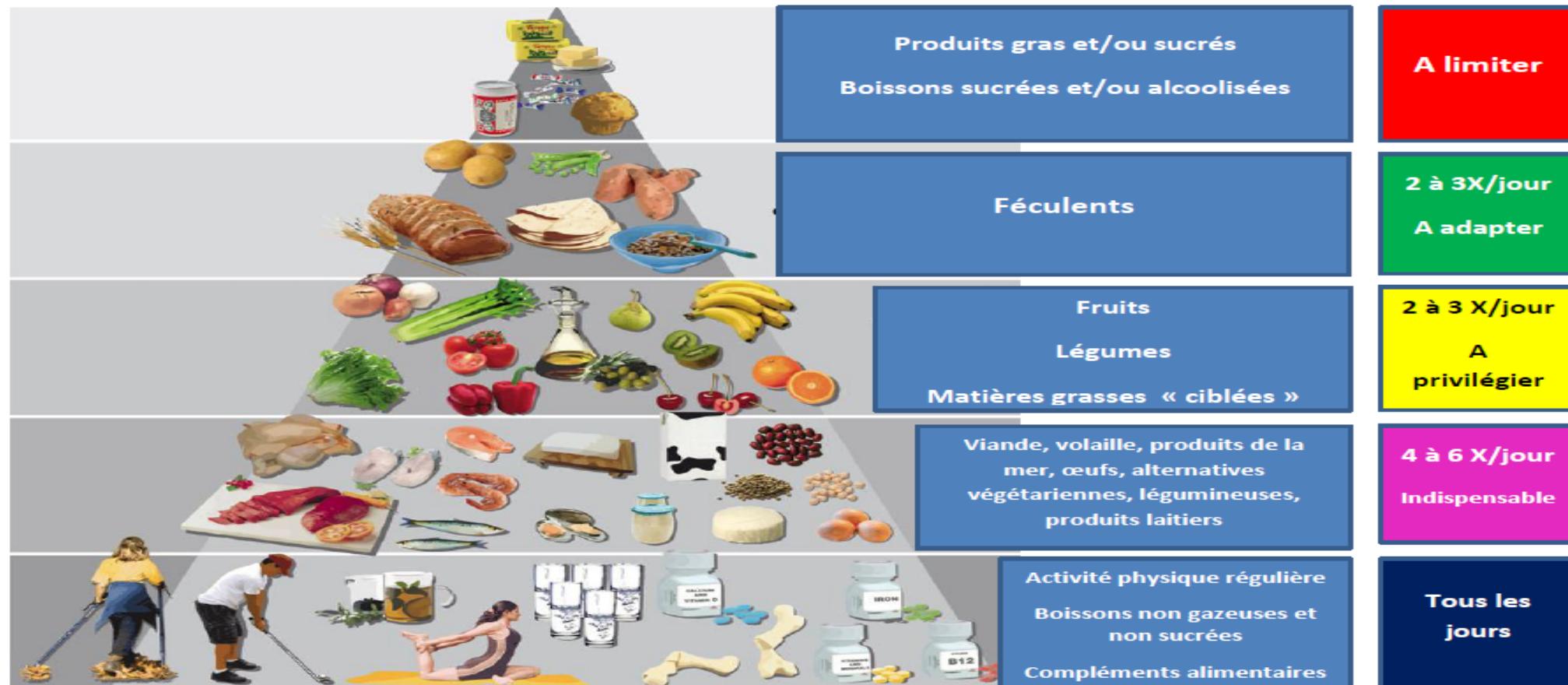


Conseils adaptés en postop

Pyramide alimentaire bariatrique

OBES SURG (2010) 20:1133–1141

Pyramide alimentaire de référence post-chirurgie (BBAHS 2015)



+ encourager activité physique



Le grand débat : manger sain c'est.... Pauvre en graisse ou pauvre en sucres ?

The DIETFITS Randomized Clinical Trial. [Gardner CD, JAMA. 2018 Feb](#)

- Entre régime peu gras ($L = 29\%$) et pauvre en glucides ($G=30\%$), **aucun n'est + efficace que l'autre.** – perte -5,7kg vs-6kg en 12 mois
- Ni le profil génétique ni le métabolisme de l'insuline ne sont des facteurs pour qu'une des 2 options donne de meilleurs résultats

Comparison of weight loss among diet programs in overweight and obese adults: a meta-analysis. [Johnston BC JAMA. 2014 A/Z](#)

- Une perte de poids significative a été observée avec **tout régime pauvre en glucides ou en graisse.**
- Les différences de perte de poids entre les régimes nommés étaient minimes.

→ Cela soutient la pratique consistant à recommander **tout régime alimentaire sain** auquel un patient adhèrera afin de perdre du poids.



Low carb et low fat : consensus

Ludwig D. et al., Science, 2018

- Le point capital =
type de graisses et de sources glucidiques consommées
- **consensus sur l'intérêt de remplacer les graisses saturées et trans par des graisses insaturées, et les glucides raffinés par des céréales complètes et des végétaux non-amylacés.**



Reflexions sur quelques régimes tendances



Quid des substituts de repas et drinks protéinés ?





Quid des substituts de repas et drinks protéinés ?

Defining the Optimal Dietary Approach for Safe, Effective and Sustainable Weight Loss in Overweight and Obese Adults, [Chrysi Koliaki, Healthcare \(Basel\)](#). 2018 Sep; 6(3): 73. Formula diets are the most effective strategy to achieve substantial and rapid weight loss but are indicated for specific subgroups of patients and intended for short-term use NICE guidance on the treatment of adult obesity does not recommend the routine use of very low calorie diets (VLCD 800 or less kcal/day)

- Peu d'études randomisées concernant les effets à long terme de ces substituts
- Efficaces à **court terme** mais la **reprise de poids** est inéluctable sur le long terme.
- **Plus chers et pas plus efficaces** que les régimes conventionnels = place à définir.

F. ANDREELLI^{[1][1]} CHU Bichat

Pour une majorité de patients : pas d'action d'éducation alimentaire
→ peu d'utilité pour le diététicien si pas de **suivi médical+dietétique**
Sauf pour **préparation à une chirurgie** à court terme (réduire volume hépatique)
Et le suivi **postop** (limiter fonte musculaire en bariatrique)

Les régimes tendance : Intermittent Fasting

| 5:2 DIET | | | | | | |
|----------|------|------|-----|-----|------|-----|
| MON | TUE | WED | THU | FRI | SAT | SUN |
| 500 | 2000 | 2000 | | 500 | 2000 | |
| | | | | | 2000 | |
| | | | | | 2000 | |



Jeûne intermittent = nouvelle stratégie ?



Il existe différentes formes de jeûne :

- régime 5/2, permet de manger librement pendant 5 jours si l'on jeûne ensuite pendant deux jours.
- régime 16/8 : manger librement entre 10h et 18h, puis jeûne entre 18h et 10h (+ eau ou autres boissons pauvres en calories (thé, café, boissons sans sucre, etc.).

→ L'avantage de ce type de régimes est que l'on ne doit pas calculer les calories
Certaines études le présentent comme une option intéressante :

Effects of 8-hour time restricted feeding on body weight and metabolic disease risk factors in obese adults: A pilot study.

Gabel K. et al., Nutr Healthy Aging., 2018

- Petite étude (n=23) / courte durée : 12 semaines de régime 16/8
 - diminution de l'apport en calories (plus de 300 kcal par jour)
 - perte de poids 2,6% et diminution de la pression systolique (7 mm Hg)

Jeûne intermittent



INTERMITTENT FASTING : études



Intermittent fasting interventions for treatment of overweight and obesity in adults: a systematic review and meta-analysis. [Harris L](#) 2018

- La restriction énergétique intermittente peut constituer une stratégie efficace pour le traitement du surpoids et de l'obésité.
- La restriction énergétique intermittente était comparable à la restriction énergétique continue pour la perte de poids à court terme chez les adultes en surpoids et obèses.

Effect of Alternate-Day Fasting on Weight Loss [Trepanowski JF et Al](#) JAMA 2017

- Le jeûne 5/2 (jours de jeûne alternés) = pas de compliance supérieure, ni de perte ou maintien du poids ou une cardioprotection par rapport à une restriction calorique quotidienne.

Do intermittent diets provide physiological benefits over continuous diets for weight loss? A systematic review of clinical trials, [Seimon RV](#) 2015

- Le jeûne intermittent représente une option valable - bien qu'apparemment non supérieure - à la restriction d'énergie continue pour la perte de poids.

Intermittent versus continuous energy restriction on weight loss and cardiometabolic outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. [Cioffi I](#) déc 2018

- La restriction énergétique intermittente et la restriction continue ont eu un effet comparable sur la perte de poids et les améliorations métaboliques. Des études à long terme sont nécessaires pour tirer des conclusions définitives

Metabolic Effects of Intermittent Fasting. Review [Patterson RE](#)^{1,2} annu rev nutrition aug 2017

- Les IF semblent favoriser la perte de poids et peuvent améliorer la santé métabolique.
 - Plusieurs sources de preuves que des habitudes alimentaires réduisant / éliminant l'alimentation nocturne et prolongent les intervalles de jeûne nocturne peuvent entraîner des améliorations durables de la santé humaine.
 - I.F. influencerait la régulation métabolique via des effets sur
 - a) biologie circadienne,
 - b) le microbiote intestinal,
 - c) comportements de vie modifiables, tels que le sommeil
- avantages en santé publique à démontrer

Fasting for weight loss: an effective strategy or latest dieting trend?

[Johnstone et al 2015](#)

- I. F. En résumé :

-Option supplémentaire intéressante : une seule et même approche ne peut convenir à tous les patients

- but : obtenir l'adhésion à long terme et effets bénéfiques durables sur les marqueurs métaboliques de l'obésité

→ répond aux conditions de base nécessaires :

- Approche diététique palatable et rassasiante
- Satisfait aux besoins nutritionnels minimum
- Favorise perte de masse grasse en préservant masse maigre
- safe à long terme
- Simple à la prescription et au suivi
- Utilité en matière de santé publique



Intermittent fasting or alternate day fasting may be an option for achieving weight loss and maintenance.

Régime cétogène : option or new trend ?



*Le régime
cétogène,
c'est quoi?*



- Régime **riche en graisses et pauvre en glucides**, utilisé depuis un siècle (1920) pour traiter épilepsies réfractaires
- méthode **rapide** pour perdre du poids. Egalement pour améliorer les symptômes du **diabète type 2 et des maladies C.V.**
- Étudié aussi pr son potentiel thérapeutique ds maladies neurologiques (Alzheimer, Parkinson, AVC) et cancer

Régime céto-gène Composition :

- **50 g de glucides max / jour.**
= env 5 à 10% des Kcal totales (pour 1 régime Normal Glucides = 50% des Kcal tot.
 - **20% de protéines**
 - **75% de lipides**

mais éviter les **oméga6 pro-inflammatoires** (huiles de soja, maïs, tournesol, pépins raisins)



- **A privilégier :** oméga-3 dans poissons gras, huile de colza, lin, noix ou encore les graines de chia, de lin ou de chanvre
- **Conseillés** monoinsaturés (huile d'olive, avocat, noix) et graisses saturées (viandes grasses, produits laitiers gras)
huile de coco
viandes, volailles, poissons, fruits de mer, œufs, les fromages à pâte dure, beurre, les huiles, les oléagineux, olives
- **Autorisés** quelques légumes peu riches en glucides - légumes verts feuillus (épinards, chou kale, laitue)
- **Modérément** autres produits laitiers (du lait aux yaourts entiers) et les autres légumes « peu glucidiques »
- **Proscrits** sucre, céréales, féculents, pomme de terre, pain, pâtisseries, biscuits, produits sucrés, chocolat
légumes riches en glucides (carotte, pois, betterave, maïs, patate douce) légumineuses, fruits (sauf baies),

Régime cétogène : études



Very-low-carbohydrate ketogenic diet v. low-fat diet for long-term weight loss: a meta-analysis of RCT. [Bueno et Al 2013](#)

- Les personnes affectées à un VLCKD (12mois et +) obtiennent une *perte de poids plus importante* que celles affectées à un LFD à long terme; par conséquent, un VLCKD peut être peut être un outil alternatif contre l'obésité

Comparison of a very low-calorie-ketogenic diet with a standard low-calorie diet in the treatment of obesity. [Moreno B et al 2014](#)

- VLCK diet s'est avérée *significativement plus efficace* qu'un régime hypocalorique standard (1 an follow-up)

Obesity treatment by very low-calorie-ketogenic diet at two years: reduction in visceral fat and on the burden of disease. [Moreno B¹, 2016](#)

- Le régime hypocalorique cétogène est encore *efficace après 24 mois* avec une diminution du tissu adipeux viscéral et une réduction des comorbidités.

Short-term safety, tolerability and efficacy of a very low-calorie-ketogenic diet interventional weight loss program versus hypocaloric diet in patients with type 2 diabetes mellitus. [Goday et Al 2016](#)

- Le programme de perte de poids interventionnel (4 mois) basé sur un régime VLCK est plus efficace pour réduire le poids corporel et améliorer le contrôle glycémique qu'un régime hypocalorique standard avec sécurité et bonne tolérance pour les patients T2DM

Effect of low-calorie versus low-carbohydrate ketogenic diet in type 2 diabetes. [Hussain et Al 2012](#)

- Effets bénéfiques d'une diète cétogène (6 mois) comparé à un régime hypocal conventionnel chez sujets obèses diabétiques.
La diète cétogène améliore significativement le contrôle glycémique et de ce fait, les patients diabétiques devraient être sous stricte supervision médicale,

Effects of low-carbohydrate diets v. low-fat diets on body weight and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of RCT. [Mansoor et Al 2016](#)

- Démontre deux facteurs de risque cardiovasculaires importants dans les régimes de Low carb (à 6mois) - une perte de poids plus importante et une augmentation du cholestérol LDL. Perte de poids à mettre en balance avec les possibles effets néfastes de l'augmentation du LDL – C

Points démontrés d'après littérature



- Perte de poids : le régime cétogène est **plus efficace à court terme** (1 an et <)
 - qu'un régime hypolipidique ou riche en protéines
 - qu'un régime modérément hypoglucidique
- Diabète : glycémies significativement améliorées % régime hypocal
- Cardiovasculaire : impact positif sur la **pression artérielle, le HDL-C et les triglycérides** mais **augmentation LDL-C.**
- Court terme : manque d'études sur les effets à plus **long terme.**

Les points positifs du régime cétogène

- Sensation de satiété
- Pas de restriction calorique
- Bon apport en lipides de qualité et en protéines
- Perte de poids rapide



Les points négatifs / risques du régime cétogène

- Effets secondaires désagréables les premières semaines (maux de tête, nausées, fatigue)
- Constipation (nécessité de supplémenter en fibres)
- Déshydratation, augmentation du risque de lithiases urinaires
- Peu de diversité alimentaire / monotone
- Pas d'écart permis, difficile à suivre = risque de yoyo
- Peu compatible avec une vie sociale



Régime cétogène : Avis de la diététicienne

- Ne respecte pas les règles de base d'une alimentation équilibrée.
- Exclusion de nombreux groupes alimentaires
- Pas de notion de plaisir.
- Suppression des céréales, légumineuses, fruits = carences possibles en fibres, vitamines, antioxydants
- Difficile à recommander en raison de son caractère très restrictif,
Pour éviter un effet yo-yo trop important, réintroduire très progressivement les glucides dans l'alimentation
- Mais effets positifs démontrés sur la santé!
- Etudes à plus long terme attendues ...
- Suivi médical indispensable (et diét)!



U.S. News Reveals Best Diets Rankings for 2019



- U.S. News 2019 Best Diets Rankings

Critères = facilité à être suivi, probabilité de perdre bcp de poids à court/long terme et efficacité contre les maladies cardiovasculaires et le diabète

- **Best Diets Overall**

| | | |
|-----------------------|--------------|---------------------|
| 1. Mediterranean Diet | 2. DASH Diet | 3. Flexitarian Diet |
|-----------------------|--------------|---------------------|
- **Best Weight-Loss Diets**

| | | |
|-------------------------|----------------|---------------------|
| 1. WW (Weight Watchers) | 2. Volumetrics | 3. Flexitarian Diet |
|-------------------------|----------------|---------------------|

The Best Diets of 2019—

The Mediterranean Diet takes the top spot this year, thanks to its emphasis on fruits, vegetables, and whole grains.

- with input from a [panel of health experts](#). To be top-rated, a diet had to be safe, relatively easy to follow, nutritious and effective for weight loss. It also had good results at preventing diabetes and heart disease,

Rôle de la diététicienne : CONCLUSIONS

- Démarche d'éducation avec encadrement personnalisé
- Motiver le patient pr changements à vie + Follow-up régulier
- Feedback au MT et à l'équipe pluridisciplinaire



TROUVER UN(e) dietéticien(ne)...



Vlaamse beroepsvereniging van diëtisten <https://vbvd.be/>

Union professionnelle des diététiciens de langue française <https://updlf-asbl.be/>

Belgian Bariatric Allied Health Society <https://bbahs.net/>

Eetexpert (2015). *Aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Draaiboek voor diëtisten.*

Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw).