

Le 12 mai 2023



**COEUR
POUMONS
MÉTABOLISME**

JOURNÉE INTERDISCIPLINAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE EN OBÉSITÉ ET SES COMORBIDITÉS



Sylvain Iceta, MD, PhD
Psychiatre
CRIUCPQ — Université Laval



Catherine Bégin, PhD
Psychologue
CEPIA — Université Laval

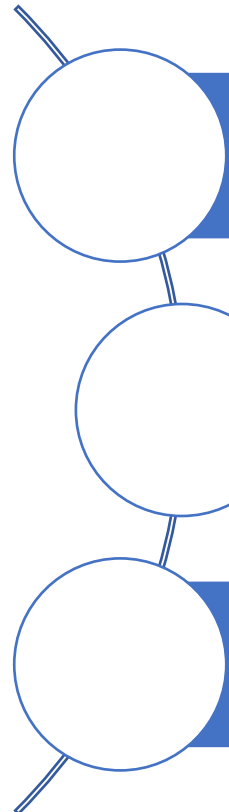
Conflits d'intérêts

	Sylvain Iceta	Catherine Bégin
Toute relation financière directe, y compris la réception d'honoraires :	Santé Bausch, Canada Inc. (Contrave®) Takeda Canada (Vyvanse®) Novo Nordisk Canada Inc (Saxenda®, Wegovy®) CCRN	Santé Bausch, Canada Inc. (Contrave®) Takeda Canada (Vyvanse®) Novo Nordisk Canada Inc (Saxenda®, Wegovy®)
Membre de comités consultatifs ou de bureaux de conférenciers :	Santé Bausch, Canada Inc. Takeda Canada	
Financement de recherches :	FRQS (Bourse de carrière) IRSC (Financement de recherche) Diabetes Canada (Financement de recherche) Takeda Canada (Financement de recherche)	IRSC (Financement de recherche) CRSH (Financement de recherche)
Tout autre investissement ou relation qui pourrait être considéré par un participant raisonnable et bien informé comme étant susceptible d'influer sur le contenu de la formation :	N/A	N/A

Objectifs d'apprentissage

- Discuter de l'importance du dépistage des différentes comorbidités psychiatriques associées à l'obésité (anxiété, dépression, TDAH, troubles alimentaires) et discuter des outils cliniques pour le faire
- Être capable de reconnaître un trouble d'accès hyperphagique
- Discuter des traitements du trouble d'accès hyperphagique et du suivi à réaliser chez ces patients
- Identifier les patients qui devraient être référés en psychiatrie pour le trouble d'accès hyperphagique

Objectifs d'apprentissage (suite)

- 
- Discuter des stratégies d'entretien motivationnel qu'une infirmière peut réaliser pour mobiliser le changement chez son patient
 - Présenter les interventions psychologiques simples qu'une infirmière peut réaliser facilement en cabinet
 - Identifier les stratégies comportementales utiles dans la gestion du poids (gestion du stress, sommeil, gestion de la culpabilité, gestion de la rechute)

Santé Mentale et Obésité

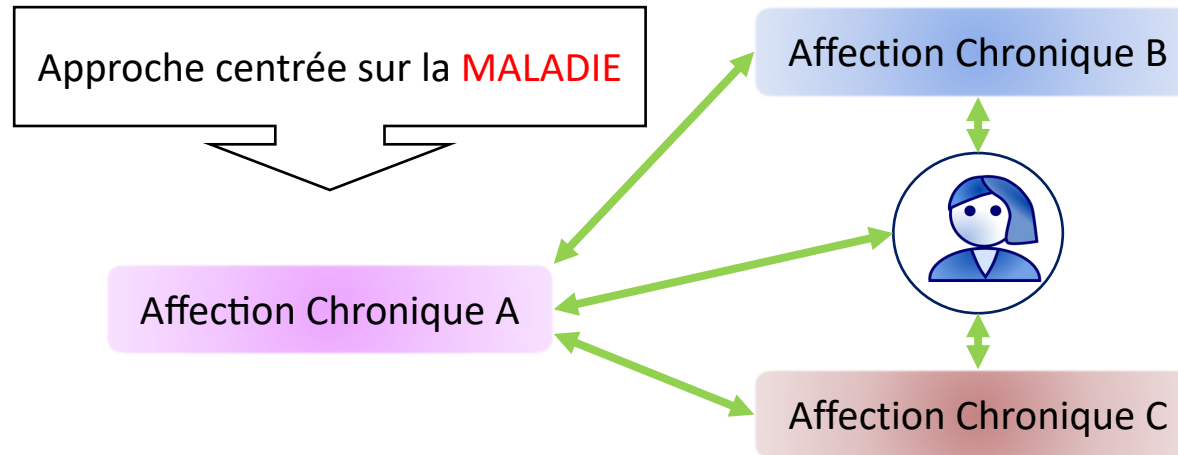


Co-Morbidité ou Multi-Morbidité

CO - morbidité :

Les affections co-existantes ont une importance moindre.

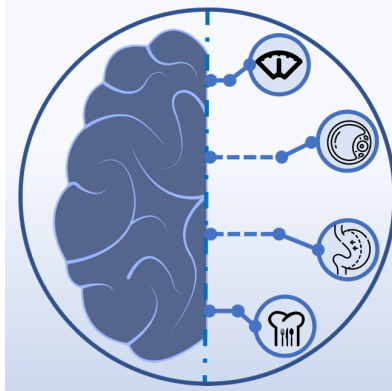
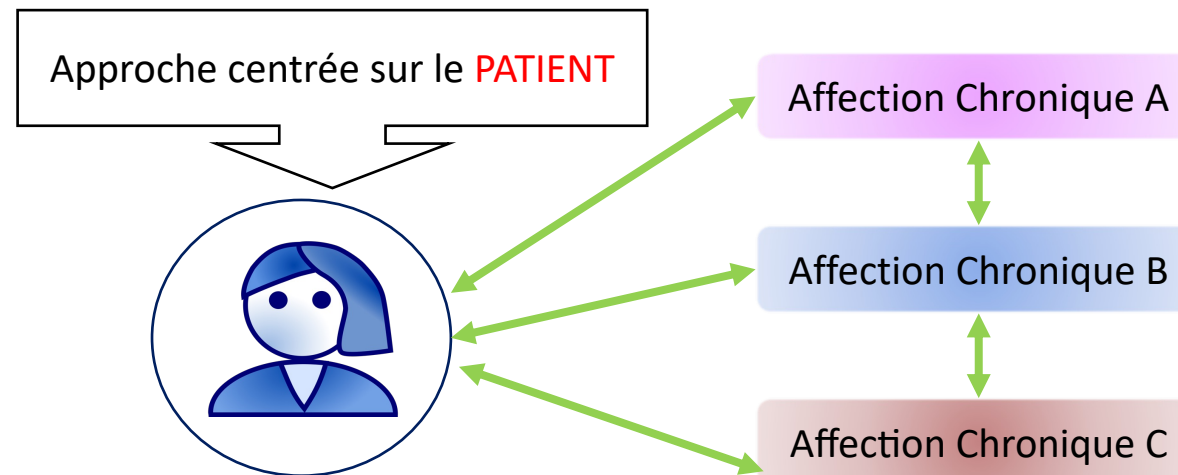
Le traitement vise à obtenir la rémission de l'affection principale.



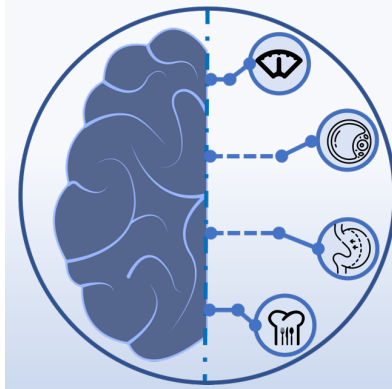
MULTI - morbidité :

Toutes les conditions sont d'égale importance.

Le traitement est orienté vers les objectifs qui sont importants pour le patient.



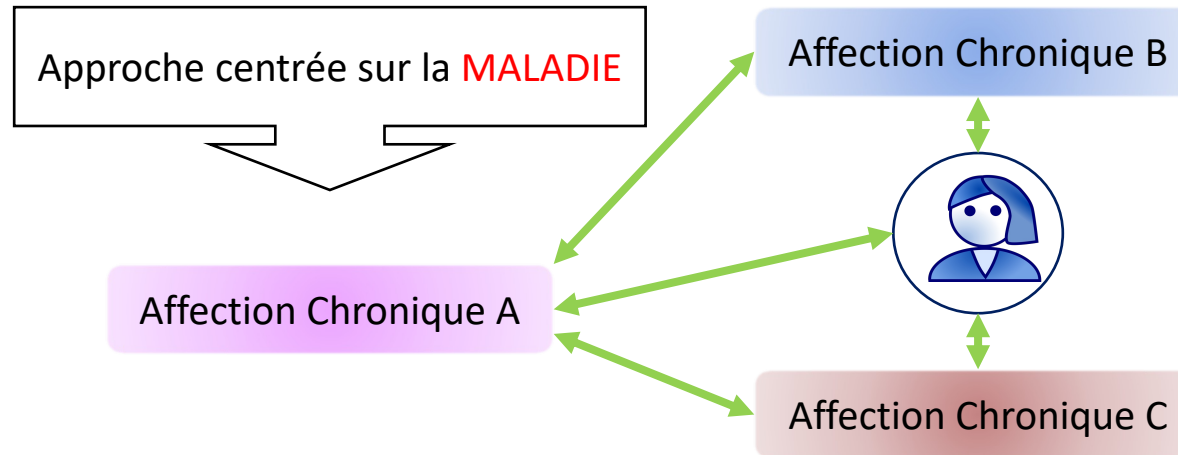
Co-Morbidité ou Multi-Morbidité



CO - morbidité :

Les affections co-existantes ont une importance moindre.

Le traitement vise à obtenir la rémission de l'affection principale.



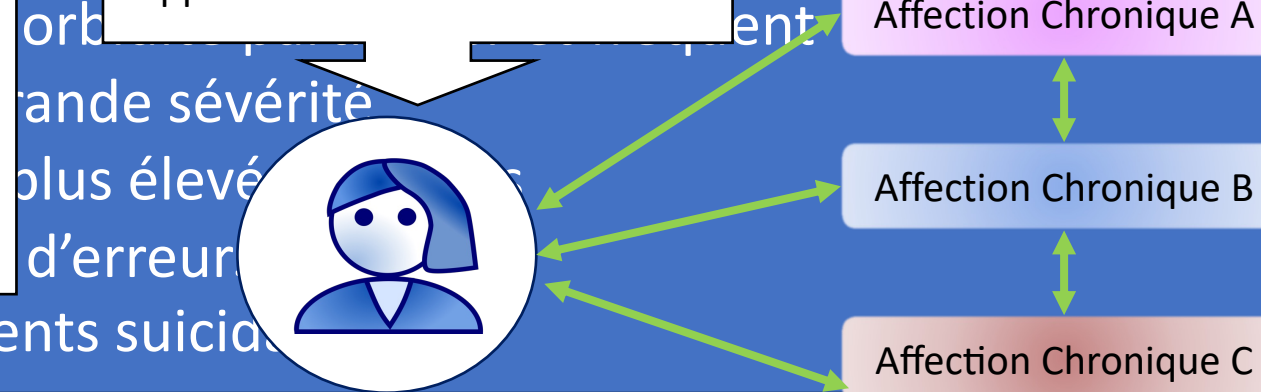
Trouble de santé physique + Trouble de santé mentale :

MULTI - morbidité :

Toutes les conditions sont d'égale importance.

Le traitement est orienté vers les objectifs qui sont importants pour le patient.

Approche centrée sur le **PATIENT**



- Plus de comportements suicidaires

Santé Mentale = f(IMC)

IMC < 19 kg/m²



44.8%

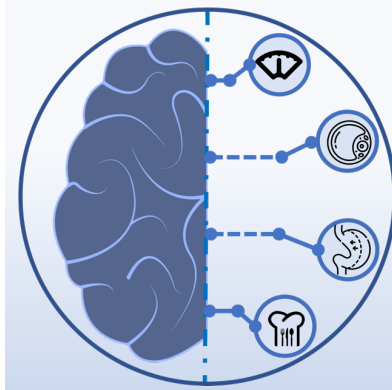
IMC > 30 kg/m²



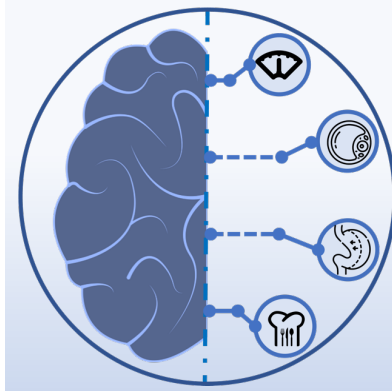
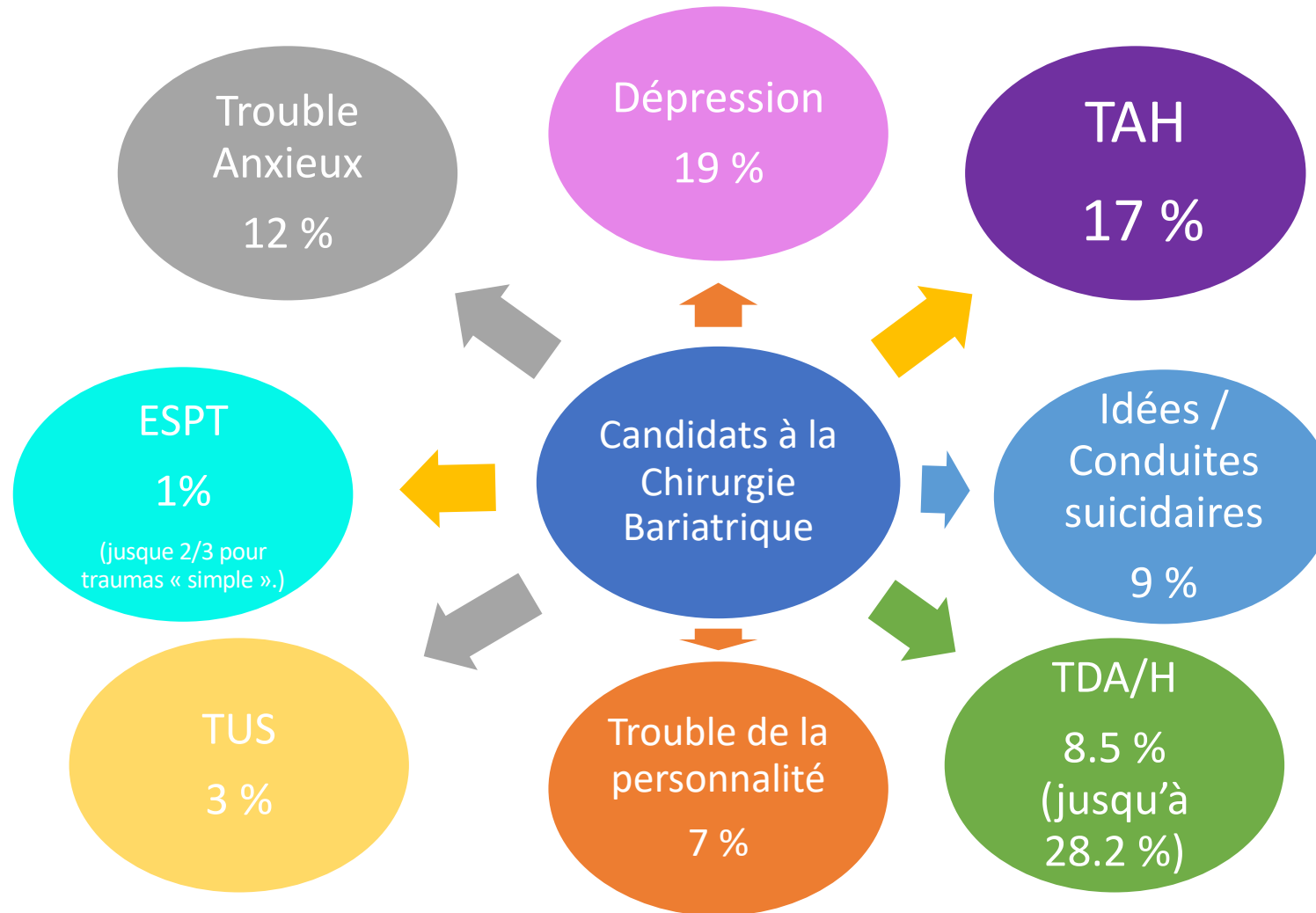
56.7%

Anxiété	30 %
Troubles affectifs	14 %
Troubles de l'enfance	9.8 %

50 %
20 %
16.7 %



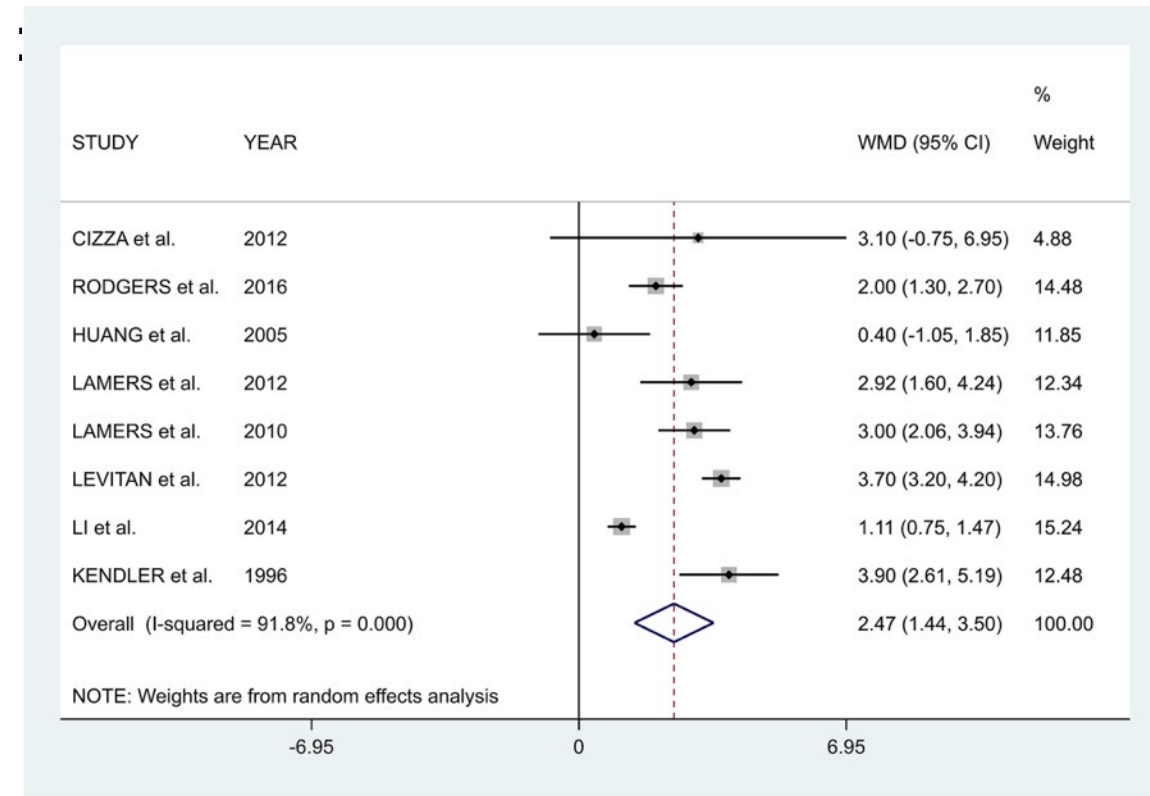
Quels troubles psychiatriques ?



TAH : Trouble d'Accès Hyperphagique;
TDA/H: Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans Hyperactivité
TUS: trouble de l'usage des substances
ESPT: Épisode de stress post-traumatique

Dépression et obésité

- Forte prévalence des formes «atypiques» :
 - Hyper-réactivité de l'humeur, des émotions
 - Hypersomnie,
 - Impression membre de plomb
 - Hyper-sensibilité au rejet interpersonnel
 - Augmentation de l'appétit
- BMI > de 2,47 – 3,05 points



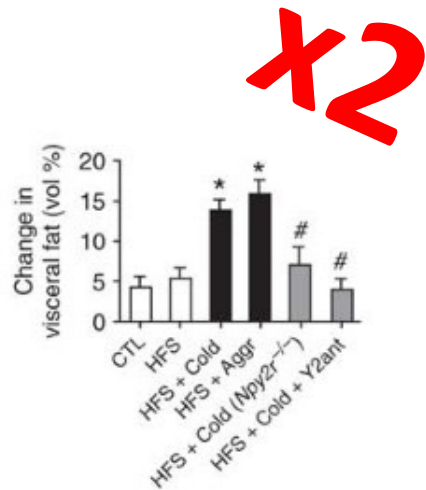
Anxiété et obésité

- **Trouble anxieux généralisé et symptômes anxieux :**
 - Induction de comportement «Anxiety-like» par alimentation riche en graisses chez l'animal
 - TAG : Fréquemment comorbide avec la dépression
 - Débalancement sérotonine / dopamine
 - Atteintes du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire
 - Déclenchement de prises alimentaires incontrôlées
 - Souvent facteurs de «résistance»
 - P.ex. anxiolyse vespérale

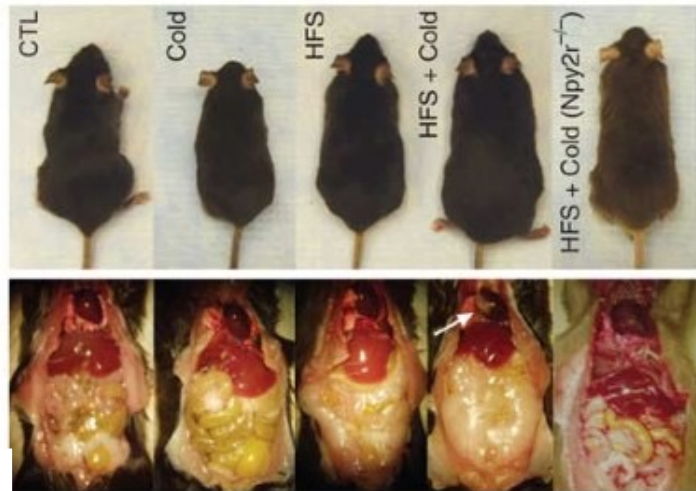
Le Stress fait prendre du poids ?



b



f



Lors d'un **stress expérimental** au laboratoire (problème mathématique insoluble) et chez des **femmes de poids normal** :

- le stress induit une **diminution de la sensibilité et de la signalisation du système de la récompense**
- qui coïncide avec une **augmentation des apports énergétiques** provenant d'aliments particulièrement palatables, et ceci **en l'absence de faim**
- rôle probable du **putamen**

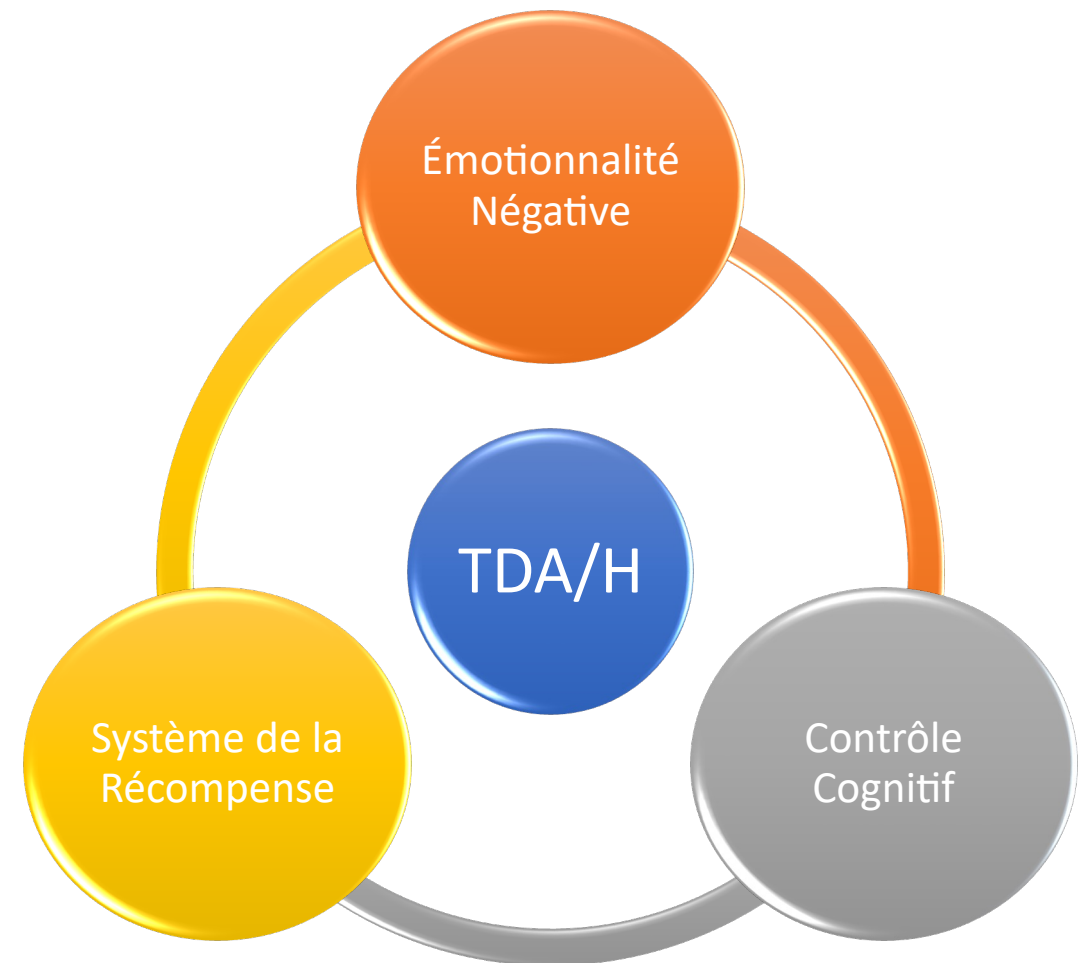
Syndrome de stress post-traumatique

- Identifié comme facteurs contributifs
 - chez 60% des femmes obèses
 - et 33% des hommes
- Alimentation utilisée pour atténuer les symptômes
- Mécanismes inflammatoires communs

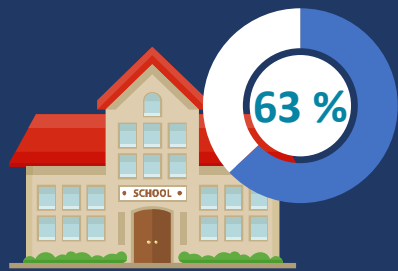
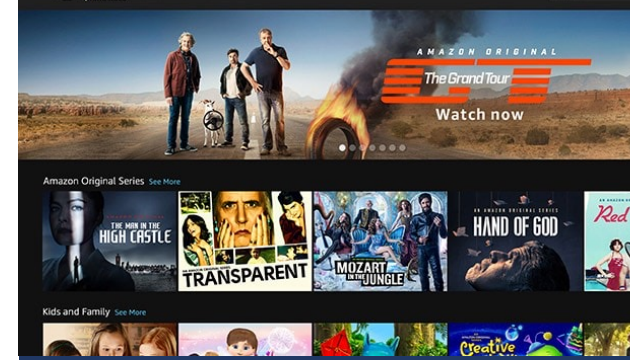
Le TDA/H

Des éléments de personnalités (BIG-5):

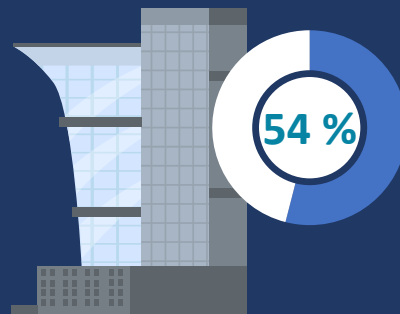
Conscience plus faible,
Dysrégulation des émotions plus élevée,
Alexithymie plus élevée
Névrosisme plus élevé.



Préjugés, stigmatisation et discrimination



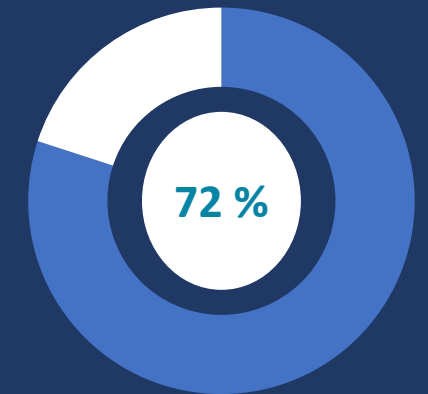
À l'école primaire, les enfants avec de l'obésité ont un risque 63 % plus élevé d'être intimidés.



54 % des adultes avec de l'obésité disent être stigmatisés par des collègues.



64 % des adultes avec de l'obésité disent avoir souffert de préjugés liés au poids de la part d'un professionnel de la santé.



Selon de récentes études sur les médias, 72 % des images et 77 % des vidéos stigmatisent les personnes avec de l'obésité.

Internalisation des préjugés liés au poids à des niveaux élevés chez 20 à 50 % des adultes
=> Image corporelle, comportements alimentaires et la détresse psychique



A

B

C

D

E

F

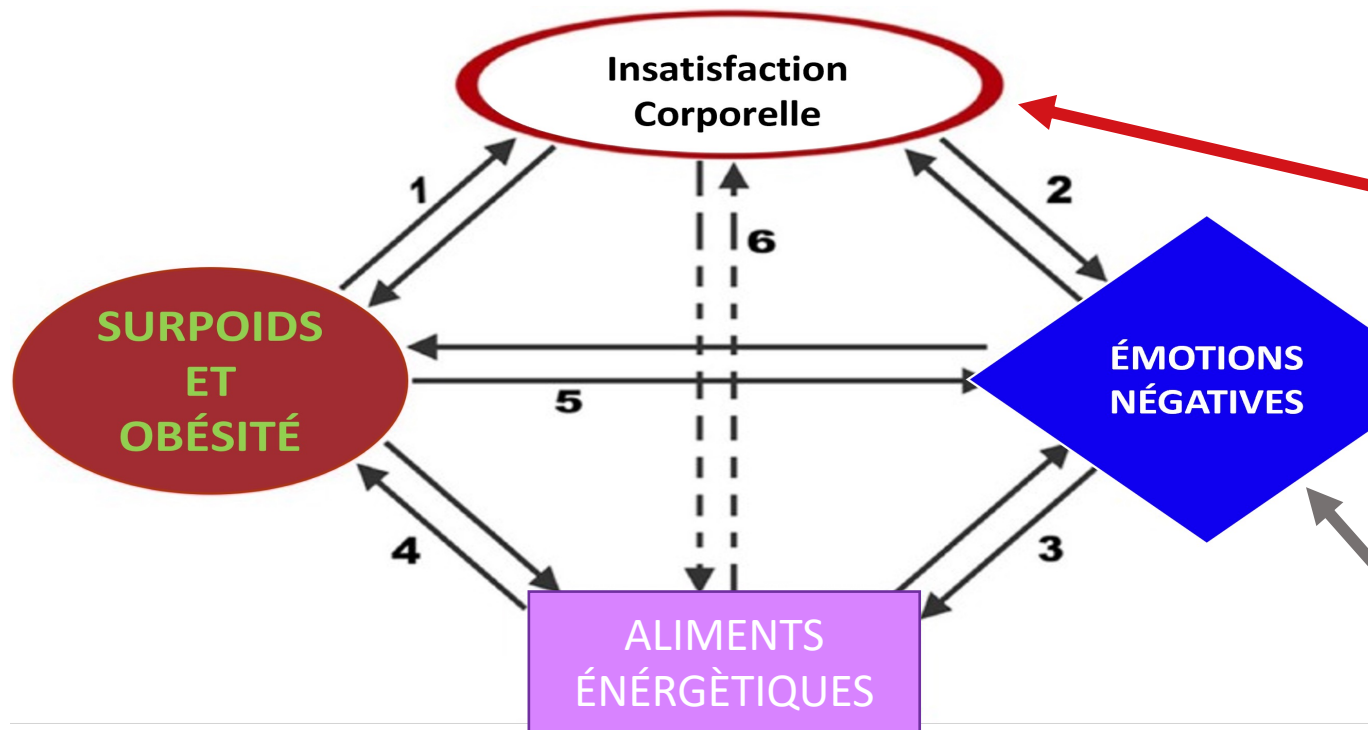
G

H

I

J

Le cercle du mécontentement



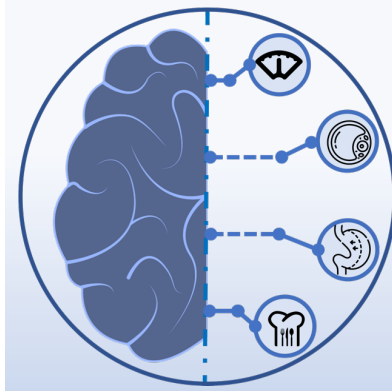
Insatisfaction corporelle :

- Le corps change, mais ne devient pas le corps idéalisé
- L'image de soi et l'estime de soi ne sont pas la forme corporelle!
- Axe de prise en charge à ne pas oublier!

Les émotions négatives

- Les émotions négatives persistent, voire s'amplifient
- Importance de l'estime et la confiance en soi, mais pas seulement
- Importance des troubles de l'humeur

Mieux cibler – BariaPSY



Dépression

- PHQ-9 comporte des questions sur la perte d'appétit ou la suralimentation (Q5).

Anxiété

- GAD-7 pour une évaluation globale du risque anxieux

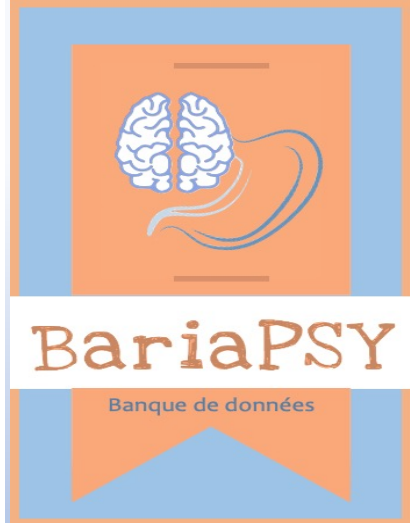
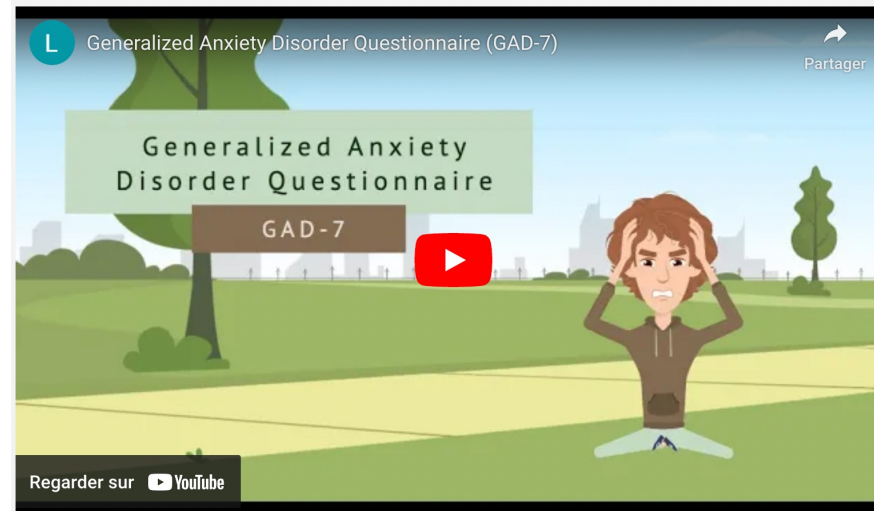
Trouble Déficitaire de l'Attention

- ASRS Partie A à 6 items

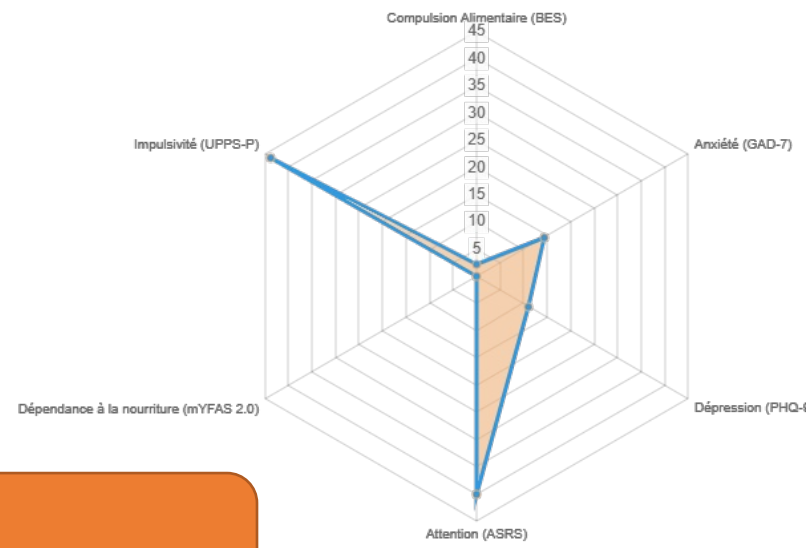
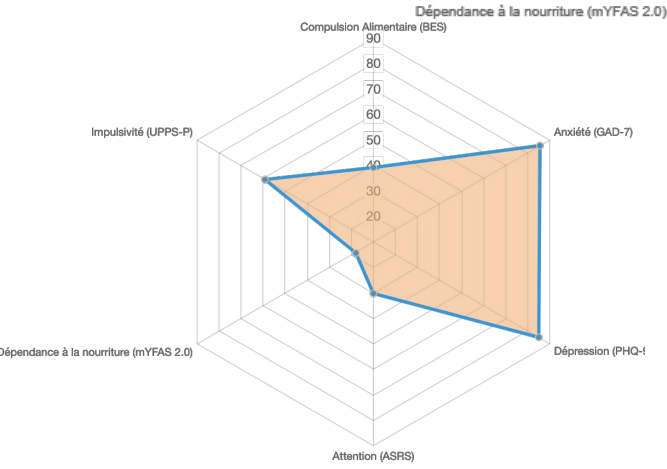
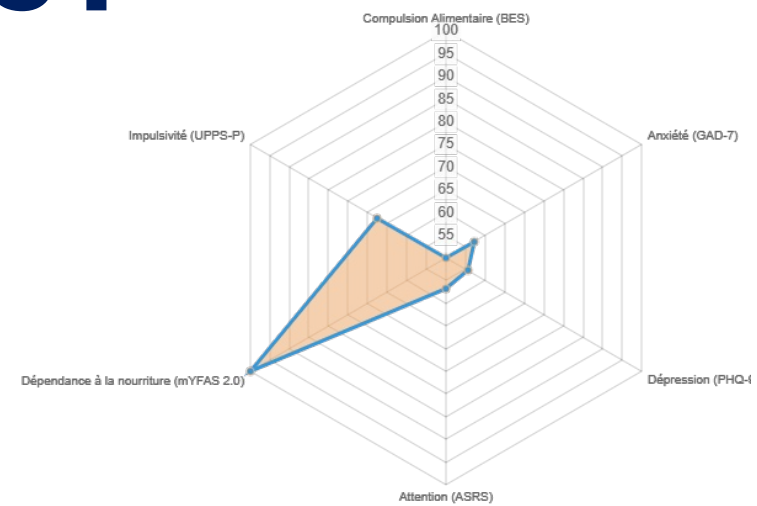
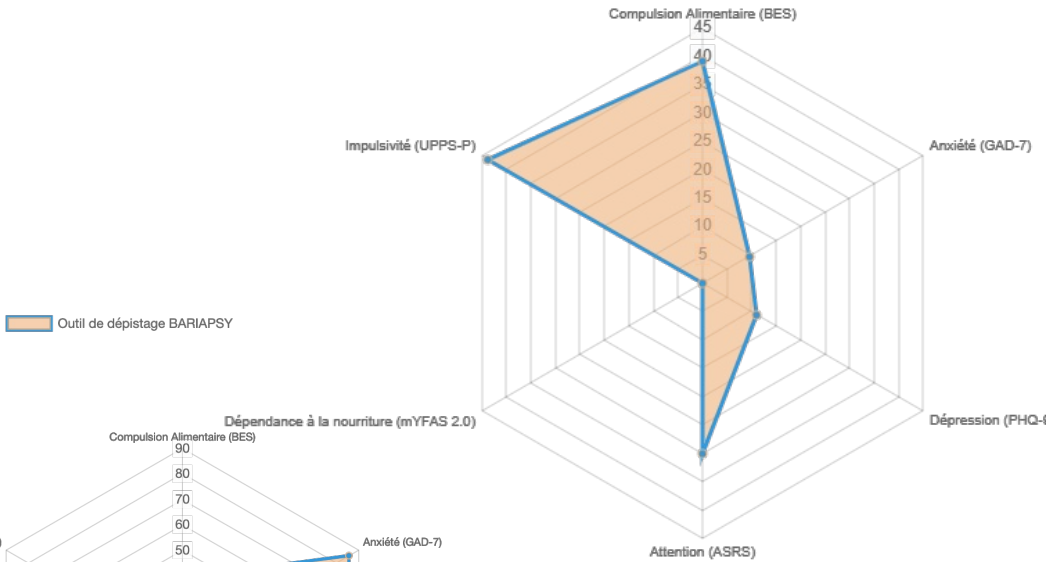
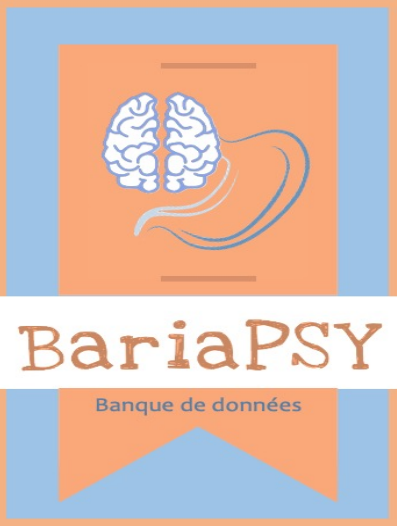
Impulsivité

- UPPS_P qui inclus l'impulsivité "émotionnelle"

Mieux cibler – BariaPSY



Mieux cibler – BariaPSY



Prédire par l'aire sous la courbe ?

Mieux cibler – BariaPSY

Le questionnaire PHQ-9 est évocateur de symptômes de dépression.

Nous vous recommandons d'en discuter avec un médecin ou avec un professionnel en santé mentale.

Voici une liste de différentes ressources qui pourraient vous aider :

Relief - Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressif ou bipolaire

Site Web : <https://monrelief.ca>

Téléphone (sans frais partout au Canada, lundi au vendredi 9h à 17h) : 1 866 738 4873

Relief est une association québécoise qui offre plusieurs services pour aider à vivre avec l'anxiété, la dépression la bipolarité. Leur approche est basée sur le soutien à l'autogestion, plus spécifique de reprendre du pouvoir sur sa santé mentale.

Leurs services comprennent :

- Des groupes de soutien (possibilité d'être réalisée virtuellement)
- Des ateliers d'autogestion (disponible sur leur site web)
- Des formations
- Un service d'aide où on peut échanger avec un intervenant gratuitement offert par téléphone, par courriel ou par Messenger
- Multitudes d'informations vulgariser pour aider à l'autogestion sur le site web

Association canadienne pour la santé mentale

Site Web : <https://acsmquebec.org>

Téléphone (ligne d'écoute) : (418) 529-1899

Information et outils : <https://acsmtmontreal.qc.ca/documents/la-depression-et-le-trouble-bipolaire/>

L'Association canadienne pour la santé mentale offre, en plus du référencement, de l'écoute active pour les moments où on a besoin de parler et de se faire écouter.

Le Centre d'écoute téléphonique est un service anonyme et confidentiel. Ce service est offert sept jours semaine de 9h00 am à 3h00 am. La ligne d'aide s'adresse aux personnes vivant de la solitude, une période difficile ou de la détresse psychologique et qui désirent en parler pour être aidées.

Documentations, Livres et Ressources

- Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) offre une description de qu'est-ce que la dépression ainsi que des outils et des ressources : <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-depression>
- Société pour les troubles de l'humeur du Canada s'affaire continuellement à réaliser une vaste gamme de projets conçus pour favoriser l'inclusion de personnes souffrant de maladies mentales invalidantes au sein de la société canadienne. Plusieurs outils et ressources sont offerts sur le site internet : <https://troublesl'humeur.ca/about-us/>
- L'Association des médecins psychiatres du Québec offre une description de la dépression et des outils et ressources sur le site internet : <https://ampq.org/info-maladie/depression/>

Le questionnaire BES est évocateur de comportements alimentaires à risque.

Nous vous recommandons d'en discuter avec un médecin ou avec un professionnel en santé mentale.

Voici une liste de différentes ressources qui pourraient vous aider :

Maison de transition éclaircie de Québec

Site Web : <https://www.maisoneclaircie.qc.ca>

Téléphone (ligne d'écoute) : 418-650-1076 ou 1 866 900-1076

Les services comprennent : Questionnaire de dépistage sur leur site interne / Service d'écoute téléphonique ou clavardage (lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h à 17h) / Des rencontres avec les intervenants sur place / Des activités et des rencontres de groupes

ANEB Québec

Site Web : <https://anebquebec.com>

Téléphone (ligne d'écoute) : 1 800 630-0907

ANEB est un organisme présent afin d'offrir du soutien et de l'espoir aux personnes souffrant de troubles alimentaires, et ce, dans l'ensemble des régions du Québec.

Les services comprennent : Ligne d'écoute et de référence de 8h am à 3h am / Site web contenant la description et de l'information sur chacun des troubles alimentaires / Groupe de soutien ouvert en ligne / Groupe de soutien fermé de 7 à 15 semaines / Conférences et ateliers

CEPIA : Centre d'expertise Poids, Image et Alimentation

Site web du CEPIA : <https://cepia.ulaval.ca/>

Site web d'information sur les compulsions alimentaires du CEPIA : <https://compulsionalimentaire.ca/>

Le CEPIA offre à la communauté une gamme complète de services de qualité, tout en formant les meilleurs professionnels et en faisant avancer la recherche dans le domaine du poids, de l'image corporelle et de l'alimentation. Les services offerts peuvent être en individuel ou en groupes et incluent des approches interdisciplinaires, y compris en préparation de la chirurgie bariatrique.

Ressource d'informations

- La clinique psychologie de Québec a créé un page web avec différentes informations sur les troubles alimentaires et la dépendance alimentaire avec des ressources et des conseils : <https://cliniquepsychologiequebec.com/reconnaitre-comprendre-troubles-alimentaires-pour-mieux-les-soigner/>
- Organisme à but non lucratif "L'équilibre" offre plusieurs outils et évaluation sur leur site web afin de développer une image corporelle positive : <https://equilibre.ca>

Vidéo

- L'Ordre des diététistes et nutritionnistes du Québec offre un vidéo explicatif du trouble d'accès hyperphagique : <https://odnq.org/grand-public/pourquoi-consulter-une-dietetiste-nutritionniste/hyperphagie-boulimique/>

Livres

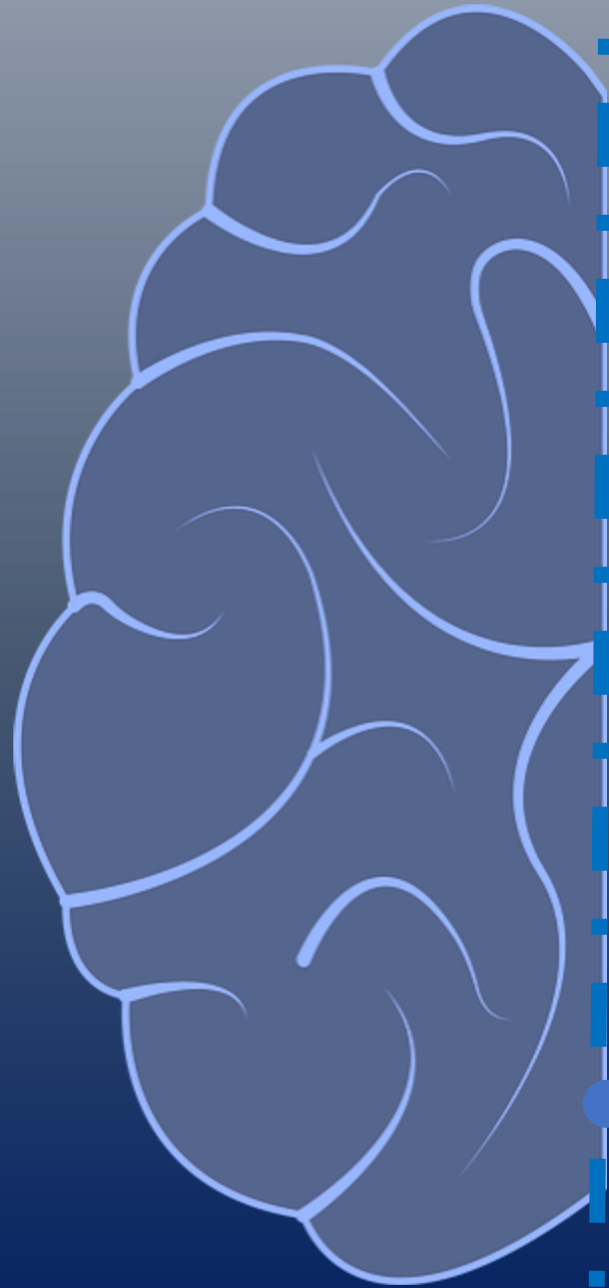
- Lundi, je me mets au régime ! Par Geneviève Arbour et Judith Petitpas (Un guide pour retrouver un poids naturel et se défaire de l'hyperphagie boulimique.)
- Boulimie & Hyperphagie - S'en sortir avec le développement personnel par Agnès Faivre (Un livre où des conseils et solutions sont proposés afin de mieux comprendre la boulimie et l'hyperphagie. S'adresse aux personnes concernées qui veulent s'en sortir et se sentir moins seules et à celles qui veulent comprendre le fonctionnement émotionnel des personnes atteintes par ce trouble.)
- Une liste complémentaires de livres spécialisés est disponible ici : <https://www.ffab.fr/accueil/je-m-inquiete-pour-un-proche/93-pratique>



BariaPSY

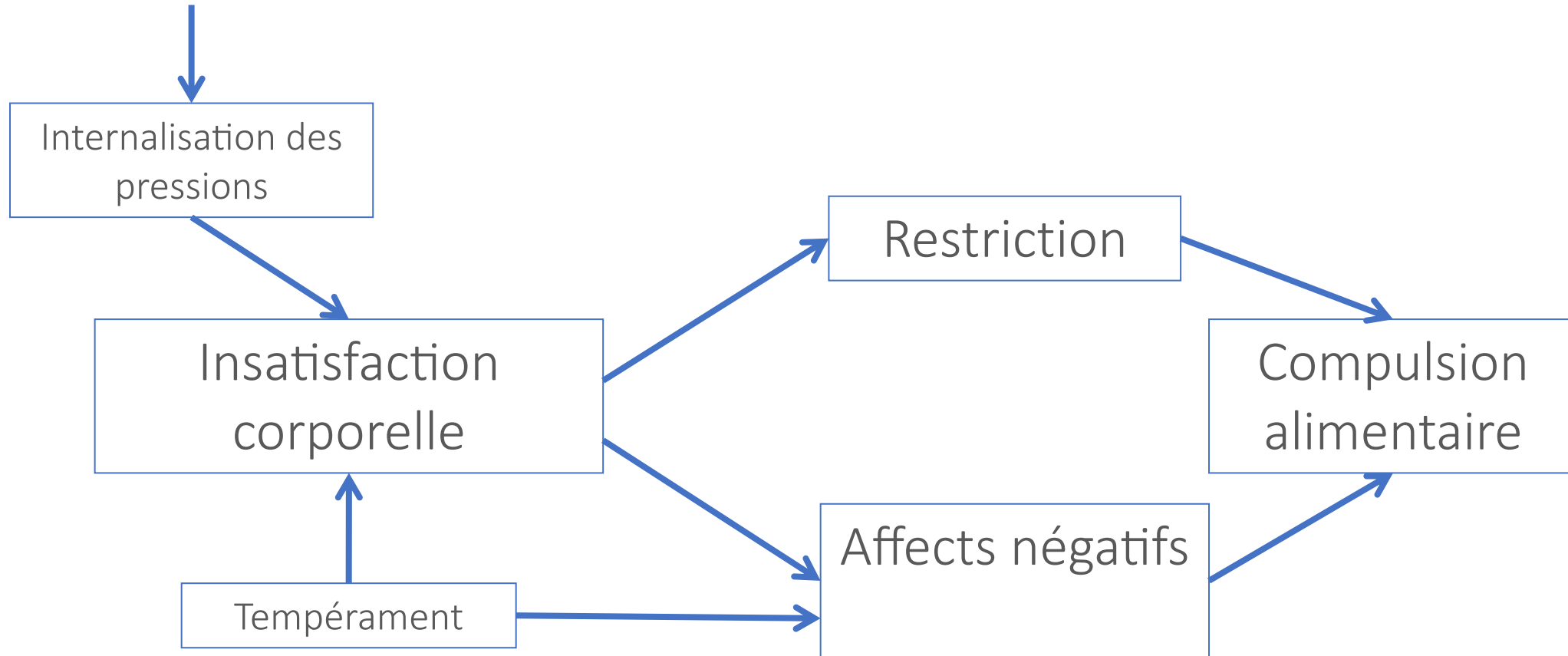
Banque de données

Troubles du Comportement Alimentaire

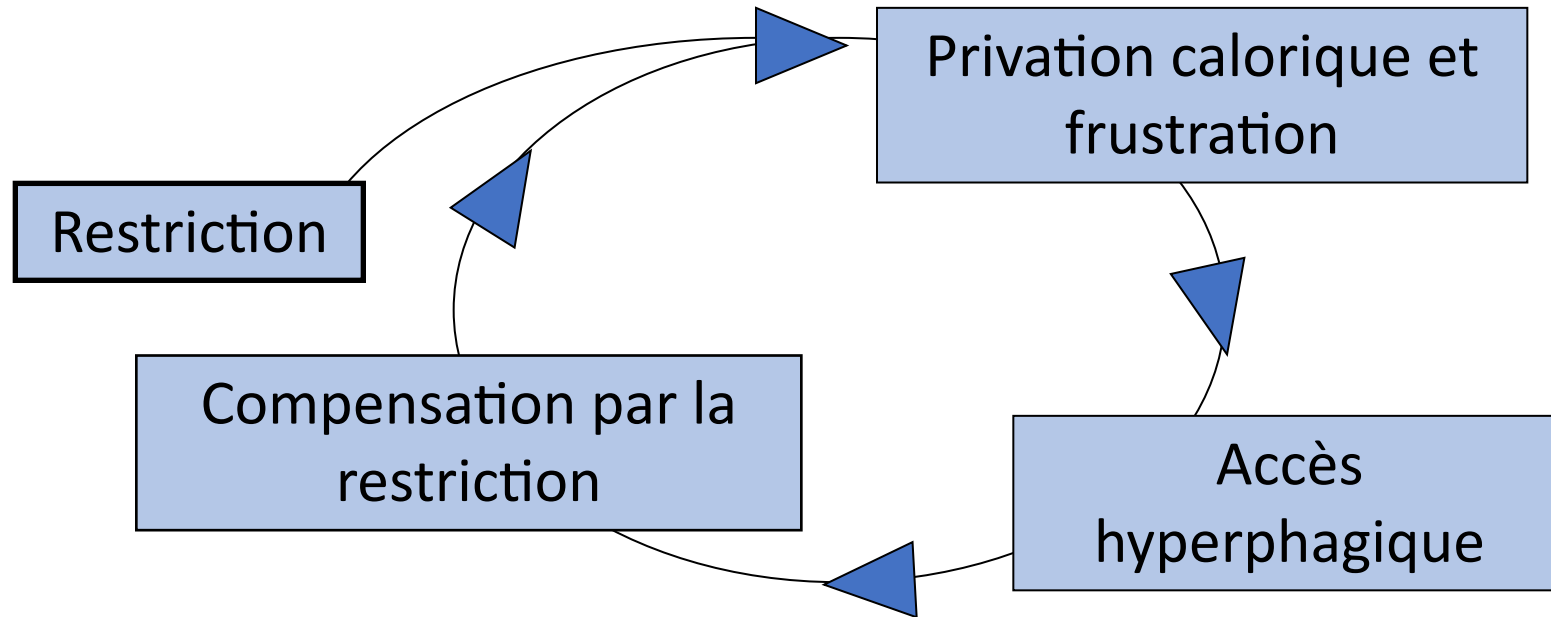


Modèle étiologique des TCA

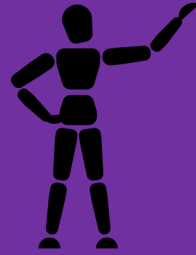
Pressions socioculturelles



RESTRICTION



Paradoxe du traitement de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique : pour manger moins (cesser les crises), il faut manger plus (cesser la restriction)

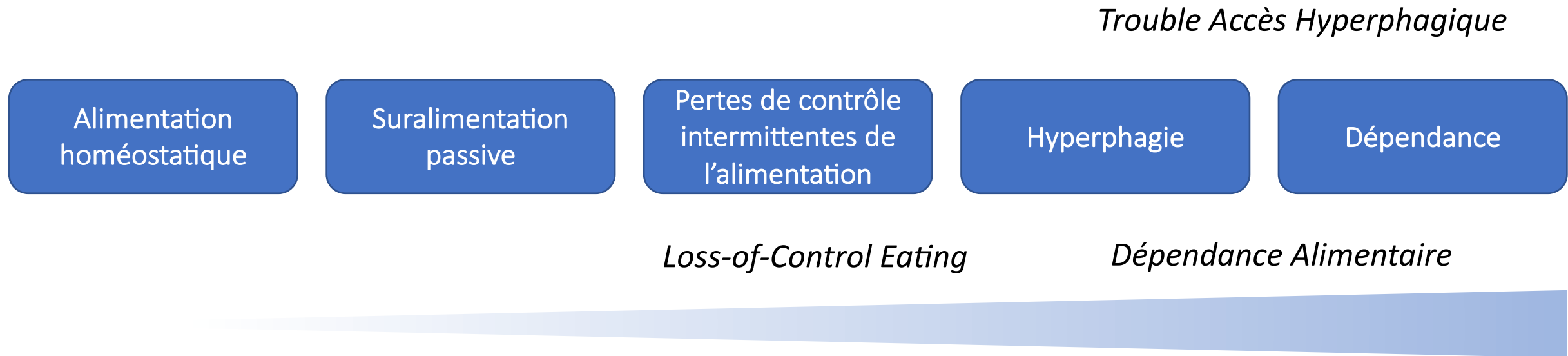


Une « MAUVAISE » image du corps
Influençant FORTEMENT l'estime de soi

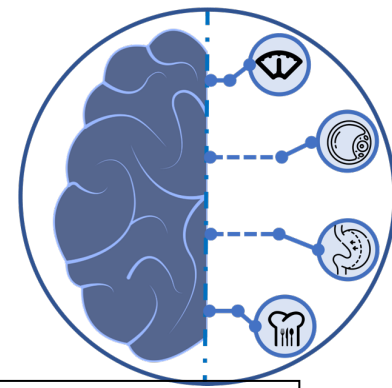


Anorexie Mentale

Un processus neurodéveloppemental ?



Trouble d'Accès Hyperphagique



Réccurrence d'accès hyperphagiques

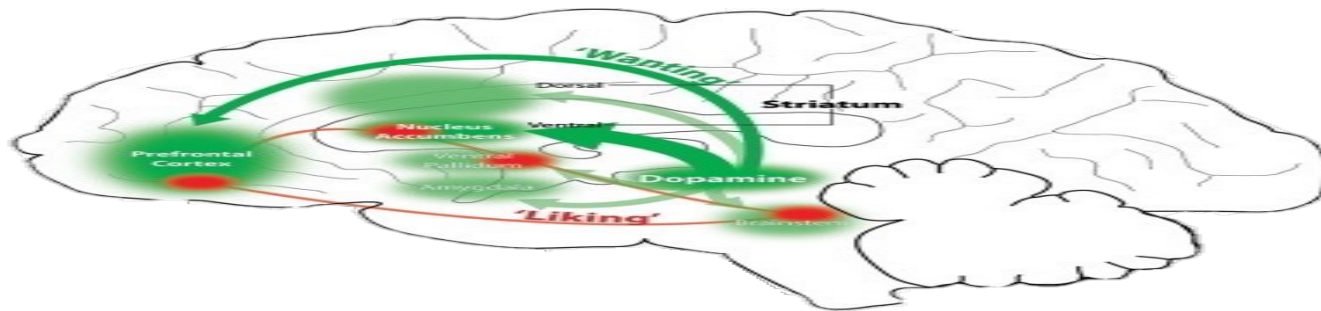
- Temps limité
- Quantité largement supérieure
- Perte de contrôle

(Pas de comportement compensatoire)

+

- Plus rapidement que la normale.
- Sensation pénible de distension abdominale.
- En l'absence d'une sensation de faim.
- Manger seul parce que l'on est gêné
- Dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après.

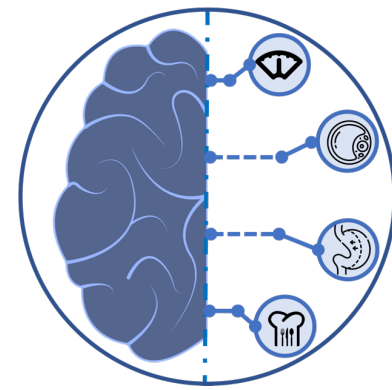
3/5



En moyenne 2000 kcal / crise

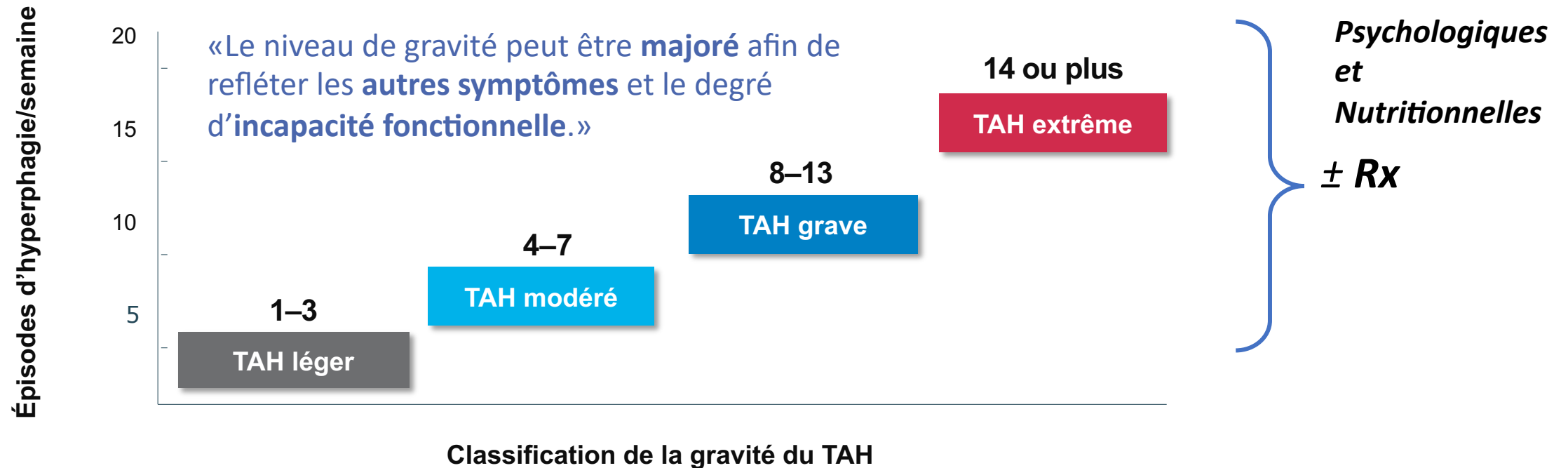
Mais pas toujours de la «junk» food

Trouble D'accès Hyperphagique

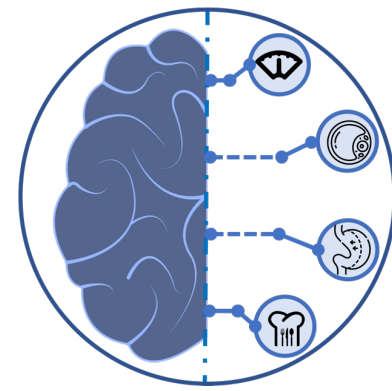


Autres critères :

- Les accès hyperphagiques entraînent une **détresse marquée**.
- Ils surviennent au moins **une fois par semaine pendant 3 mois**.



Un modèle physiopathologique



Régulation Cognitive

- Atteintes des fonctions exécutives
 - Flexibilité cognitive, contrôle inhibiteur
 - Impulsivité / Compulsivité
- Diminution du contrôle **TOP-DOWN**

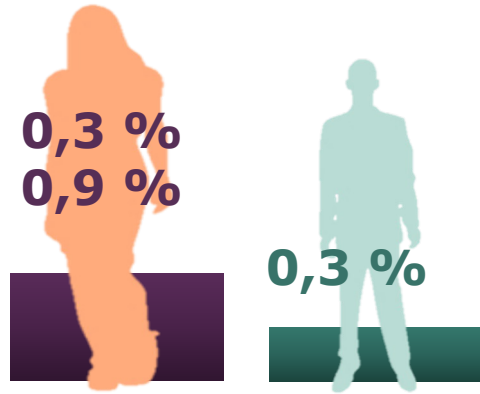
- Baisse de la sensibilité à la récompense
 - Biais attentionnels pour les aliments
 - Dopamine / Opioïde
- Augmentation de la **PRESSION HÉDONIQUE**

**TROUBLE D'ACCÈS
HYPERPHAGIQUE**

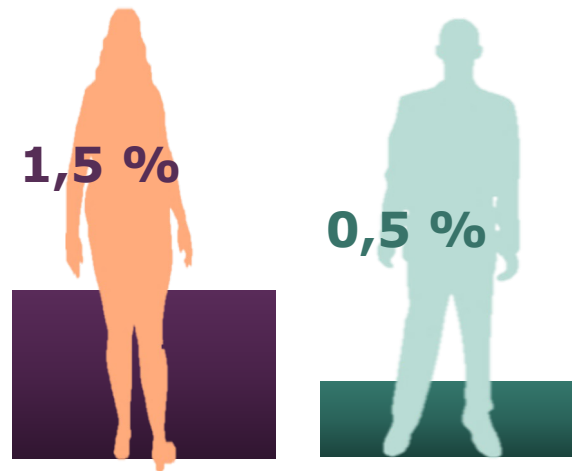
Régulation Hédonique



PRÉVALENCES DES TCA



Anorexie mentale



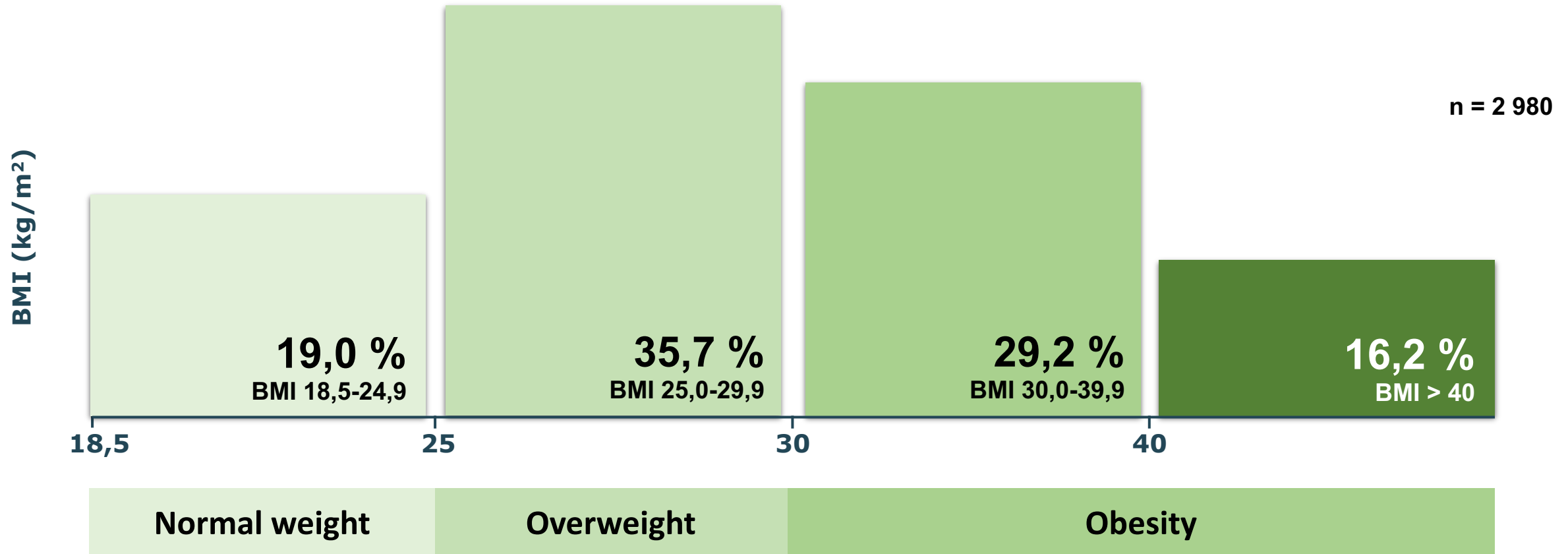
Boulimie nerveuse



Trouble d'accès
Hyperphagiques

Adolescents et jeunes adultes

TAH et Obésité



LE PATIENT TAH TYPE AU CANADA

Âge moyen : 37 ans \pm 12.1
Âge médian : 37 ans

IMC moyen : 30.9 \pm 7.5
IMC médian : 29.4



Statut professionnel

En emploi
67%

Sans emploi
33%



18-34 ANS

45%



35-54 ANS

45%



55+ ANS

10%

IMC des patients (n=199)

IMC < 24.9

23%

IMC 25.0 to 29.9

31%

IMC 30.0-39.9

37%

IMC 40.0 ou plus

9%



Origine ethnique (n=202)

Caucasian

78%

Black

5%

South Asian

4%

Latin American

3%

Aboriginal/
First Nations

3%

Other

9%

GENRE

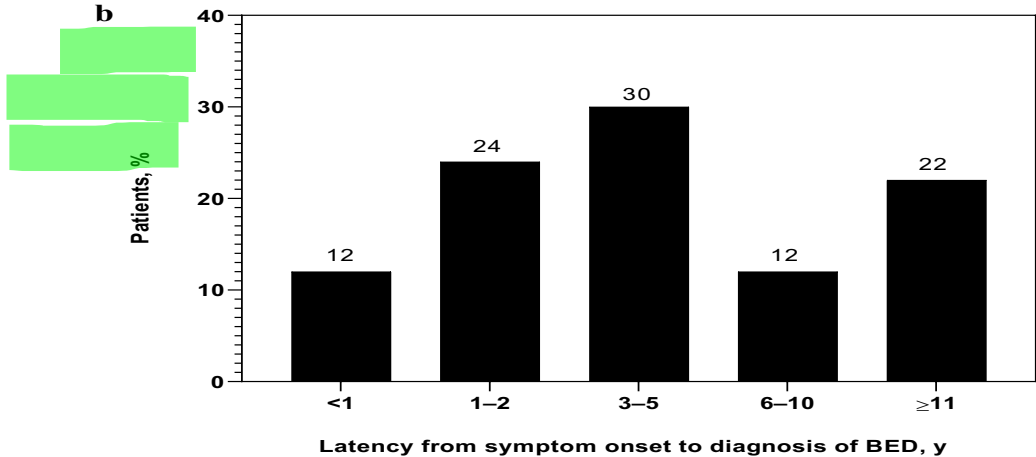
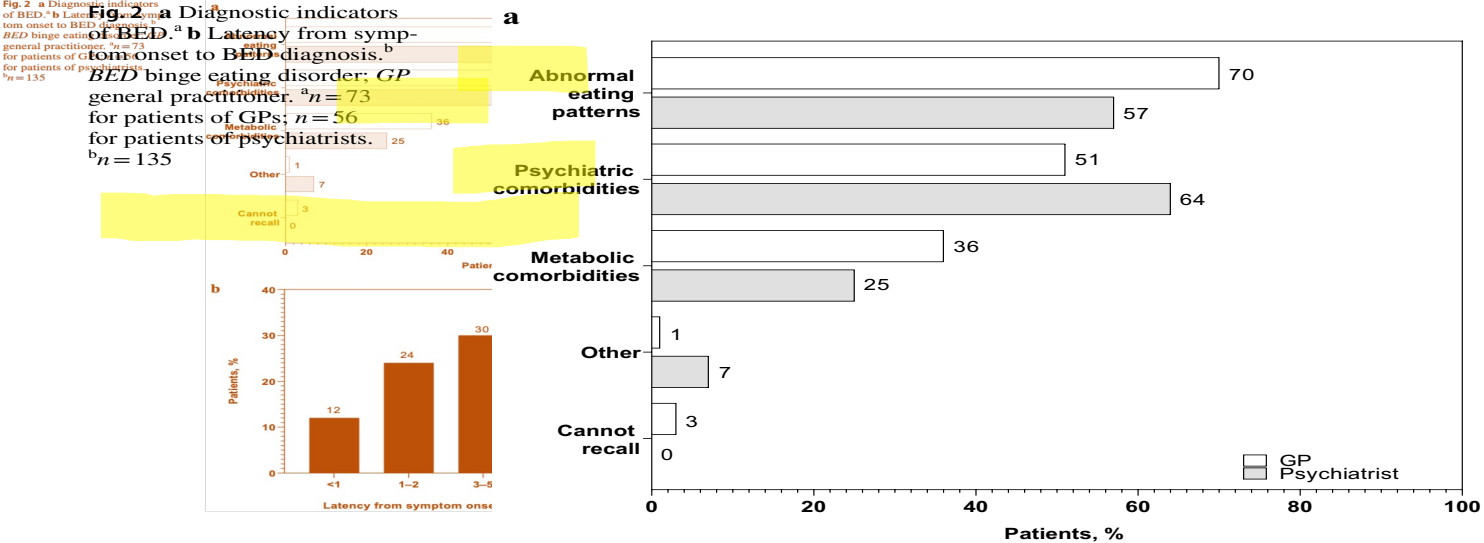


MASCULIN
31%



FEMININ
69%

LE PATIENT TAH TYPE AU CANADA



LE PATIENT TAH TYPE AU CANADA

Fig. 2 a Diagnostic indicators of BED.^a b Latency from symptom onset to BED diagnosis.^a BED binge eating disorder; GP general practitioner; n=73 for patients of GPs; n=56 for patients of psychiatrists. ^an=135

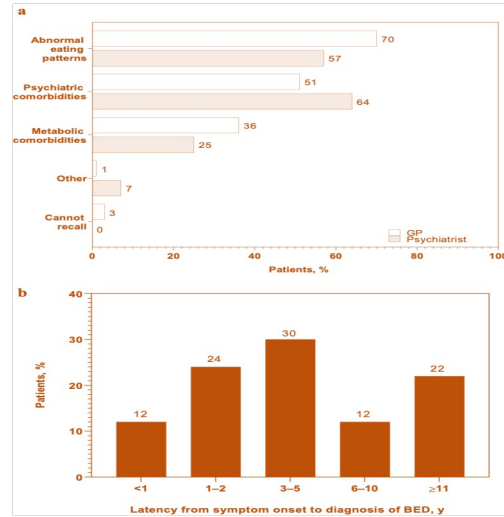


Table 4 Clinical Impressions of Current Treatment Effects for Nonpharmacotherapies and Pharmacotherapies^a

	Reduced binge episodes ^b	BED symptoms ^b			Overall well-being ^b		
		Improved	Unchanged	Worsened	Improved	Unchanged	Worsened
Nonpharmacologic therapy, n (%) ^c							
Nutritional counseling	72 (85)	71 (84)	11 (13)	3 (3)	68 (80)	16 (19)	1 (1)
Weight loss management	55 (86)	55 (86)	7 (11)	2 (3)	55 (86)	8 (13)	1 (1)
Psychotherapy	66 (92)	65 (90)	6 (8)	1 (2)	64 (89)	8 (11)	0
Pharmacologic therapy, n (%)							
LDX	71 (97)	71 (97)	2 (3)	0	70 (96)	3 (4)	0
Bupropion	17 (94)	16 (89)	2 (11)	0	16 (89)	2 (11)	0

Table 4 Clinical Impressions of Current Treatment Effects for Nonpharmacotherapies and Pharmacotherapies^a

	Reduced binge episodes ^b	BED symptoms ^b			Overall well-being ^b		
		Improved	Unchanged	Worsened	Improved	Unchanged	Worsened
Nonpharmacologic therapy, n (%) ^c							
Nutritional counseling	72 (85)	71 (84)	11 (13)	3 (3)	68 (80)	16 (19)	1 (1)
Weight loss management	55 (86)	55 (86)	7 (11)	2 (3)	55 (86)	8 (13)	1 (1)
Psychotherapy	66 (92)	65 (90)	6 (8)	1 (2)	64 (89)	8 (11)	0
Pharmacologic therapy, n (%)							
LDX	71 (97)	71 (97)	2 (3)	0	70 (96)	3 (4)	0
Bupropion	17 (94)	16 (89)	2 (11)	0	16 (89)	2 (11)	0

BED binge eating disorder; LDX lisdexamfetamine dimesylate

^aBased on review of the patient chart

^bPercentage based on sample size for current treatment (nutritional counseling, n=85; weight loss management, n=64; psychotherapy, n=72; LDX, n=73; bupropion, n=18)

^cTherapies with insufficient sample size were excluded from analysis

BED binge eating disorder; LDX lisdexamfetamine dimesylate

^aBased on review of the patient chart

^bPercentage based on sample size for current treatment (nutritional counseling, n=85; weight loss management, n=64; psychotherapy, n=72; LDX, n=73; bupropion, n=18)

^cTherapies with insufficient sample size were excluded from analysis

LE PATIENT TAH TYPE AU CANADA

Fig. 2 a Diagnostic indicators of BED.^a b Latency from symptom onset to BED diagnosis.^a *BED* binge eating disorder; *GP* general practitioner; ^an=73 for patients of GPs; n=56 for patients of psychiatrists. ^bn=135

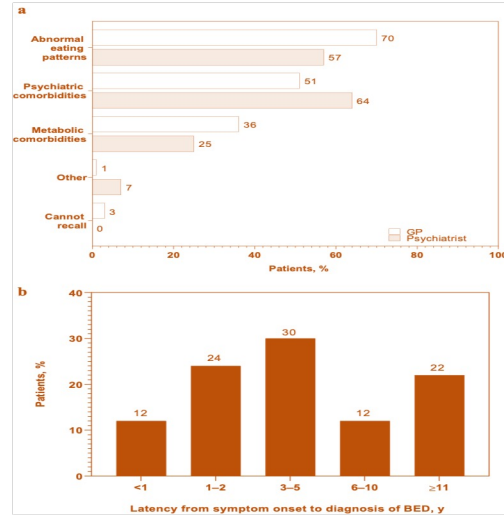
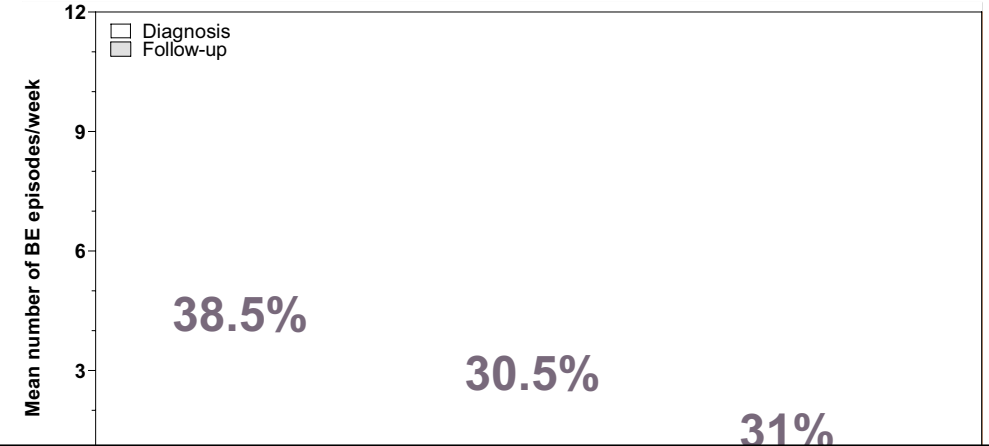


Fig. 3 Number of BE episodes/week. Error bars represent standard deviations. *BE* binge eating; *LDX* lisdexamfetamine dimesylate



Dans plus de 65% des cas, c'est le médecin qui a initié la discussion

Table 4 Clinical Impressions of Current Treatment Effects for Nonpharmacotherapies and Pharmacotherapies^a

Treatment	Reduced binge episodes ^b			Overall well-being ^b		
	Improved	Unchanged	Worsened	Improved	Unchanged	Worsened
Nonpharmacologic therapy, n (%)^c						
Nutritional counseling	72 (85)	71 (84)	11 (13)	3 (3)	68 (80)	16 (19)
Weight loss management	55 (86)	55 (86)	7 (11)	2 (3)	55 (86)	8 (13)
Psychotherapy	66 (92)	65 (90)	6 (8)	1 (2)	64 (89)	8 (11)
Pharmacologic therapy, n (%)						
LDX	71 (97)	71 (97)	2 (3)	0	70 (96)	3 (4)
Bupropion	17 (94)	16 (89)	2 (11)	0	16 (89)	2 (11)

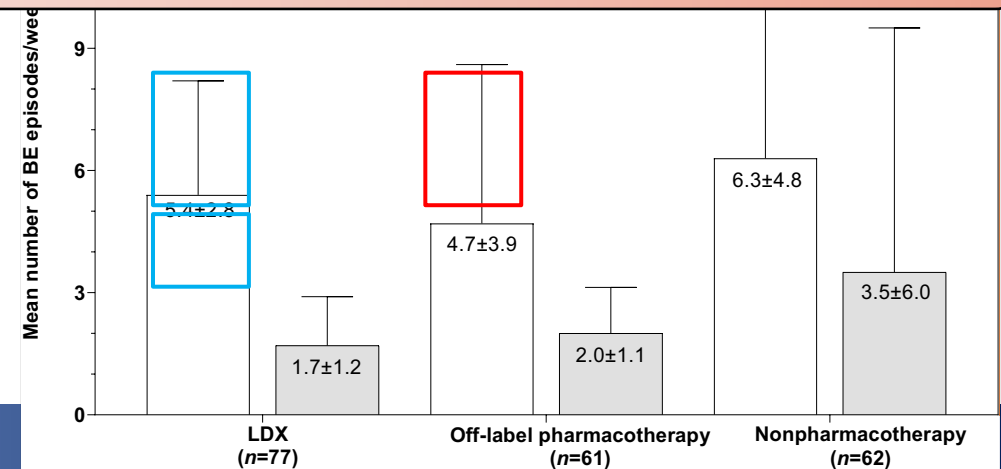
BED binge eating disorder; *LDX* lisdexamfetamine dimesylate

^aBased on review of the patient chart

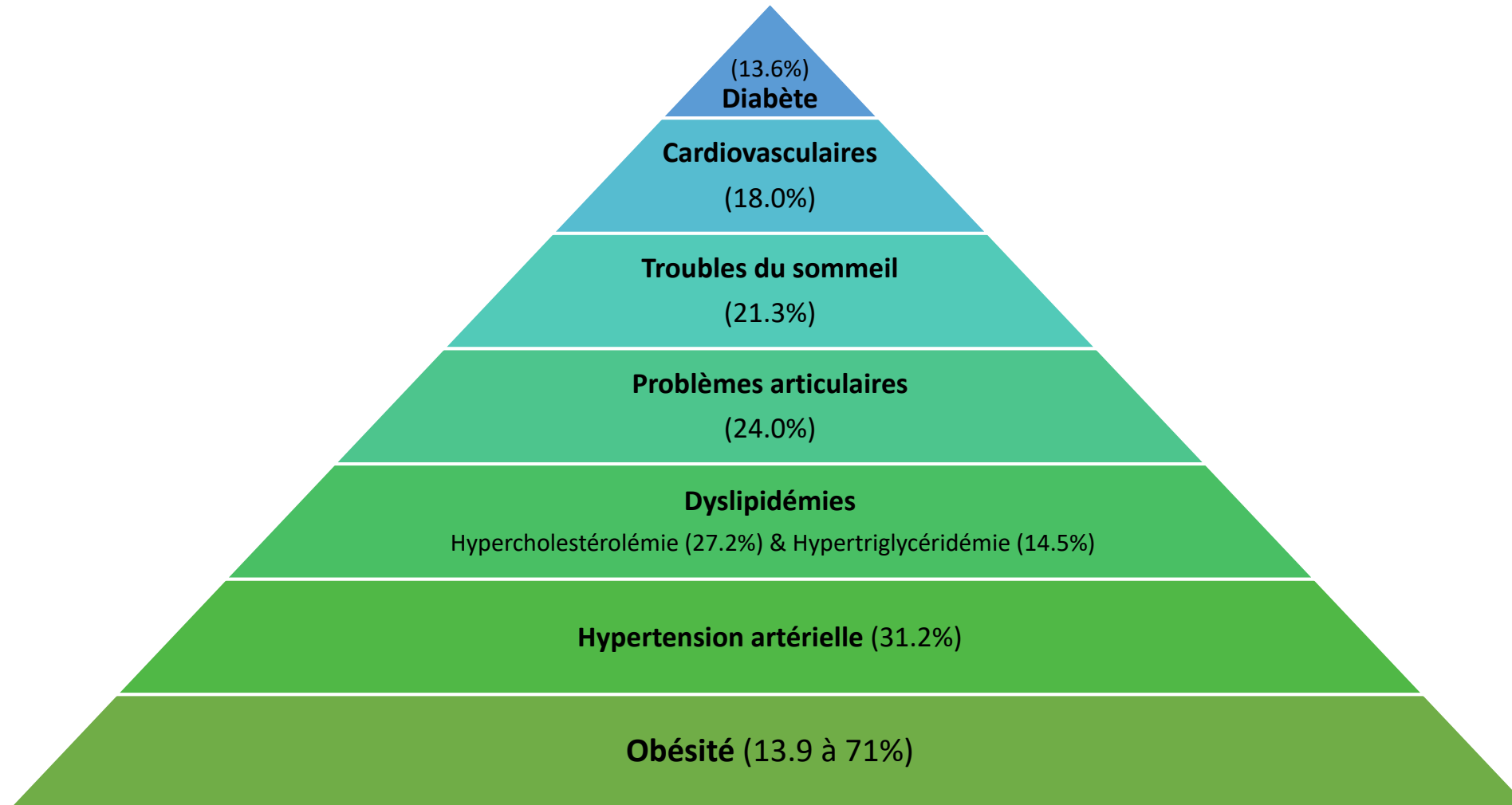
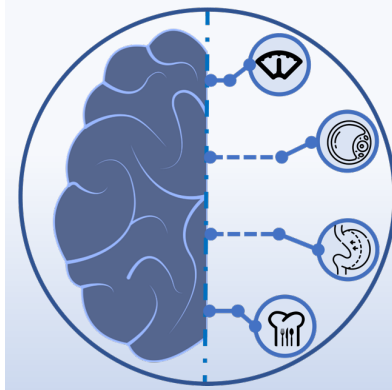
^bPercentage based on sample size for current treatment (nutritional counseling, n=85; weight loss management, n=64; psychotherapy, n=72; LDX, n=73; bupropion, n=18)

^cTherapies with insufficient sample size were excluded from analysis

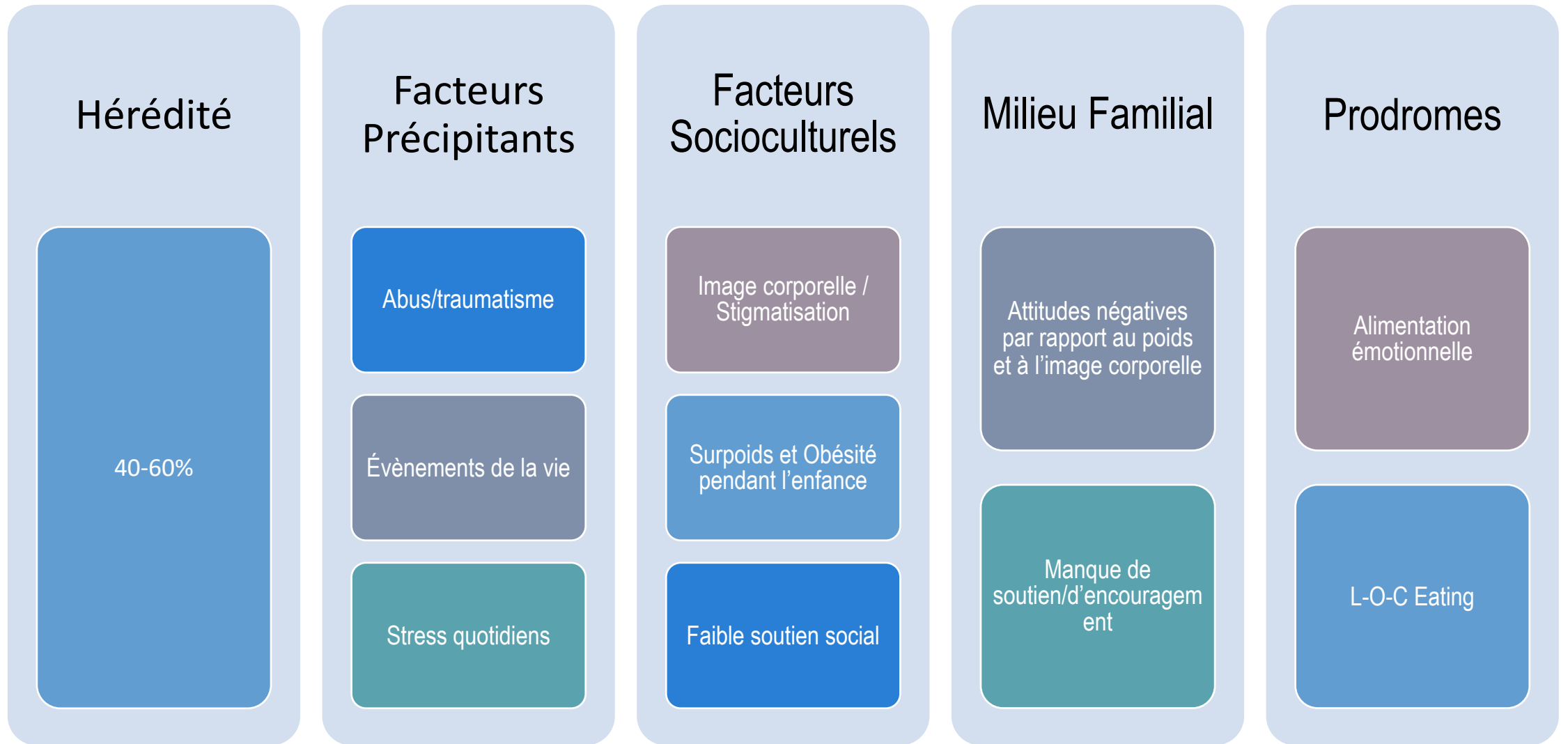
LDX lisdexamfetamine dimesylate



Des comorbidités fréquentes



Plusieurs facteurs de risque contribuent aux AH



Parlons clinique

Merci de recevoir Madame V. ,

Âge : 51 ans

IMC : 46 kg/m²

Prise de poids progressive, depuis l'enfance, surtout après son divorce

Blessures aux genoux

Obésité saine

Peu ou pas de plaintes par rapport au poids

Résultats biologiques

- TSH : 1,5 µUI/L
- HbA1c : 6,3 %
- TA : 128/90 mm Hg
- C-HDL : 0,7 mmol/L
- C-LDL : 3,7 mmol/L
- TG : 4,7 mmol/L

Parlons clinique

Merci de recevoir Madame V. ,

Âge : 51 ans

IMC : 46 kg/m²

Prise de poids progressive, depuis l'enfance, surtout après son divorce

Blessures aux genoux

Obésité saine

Peu ou pas de plaintes par rapport au poids

Résultats biologiques

- TSH : 1,5 µUI/L
- HbA1c : 6,3 %
- TA : 128/90 mm Hg
- C-HDL : 0,7 mmol/L
- C-LDL : 3,7 mmol/L
- TG : 4,7 mmol/L

On apprend que :

- Son père avait un TUA important
- Elle a déjà été traitée pour un trouble de l'adaptation par sertraline 150 mg
- Ses relations de couples actuels sont qualifiés d'insécurisantes

Parlons clinique

Merci de recevoir Madame V. ,

Âge : 51 ans

IMC : 46 kg/m²

Prise de poids progressive, depuis l'enfance, surtout après son divorce

Blessures aux genoux

Obésité saine

Peu ou pas de plaintes par rapport au poids

Résultats du dépistage :

PHQ-9 : 8

GAD-7 : 12

Dépistage BEDS-7: Positif

Dépistage ASRS (Partie A) : Positif

Pas de SAOS

Pas de NASH

Résultats biologiques

- TSH : 1,5 µUI/L
- HbA1c : 6,3 %
- TA : 128/90 mm Hg
- C-HDL : 0,7 mmol/L
- C-LDL : 3,7 mmol/L
- TG : 4,7 mmol/L

On apprend que :

- Son père avait un TUA important
- Elle a déjà été traitée pour un trouble de l'adaptation par sertraline 150 mg
- Ses relations de couples actuels sont qualifiés d'insécurisantes

Parlons clinique

Merci de recevoir Madame V. ,

Âge : 51 ans

IMC : 46 kg/m²

Prise de poids progressive, depuis l'enfance, surtout après son divorce

Blessures aux genoux

Obésité saine

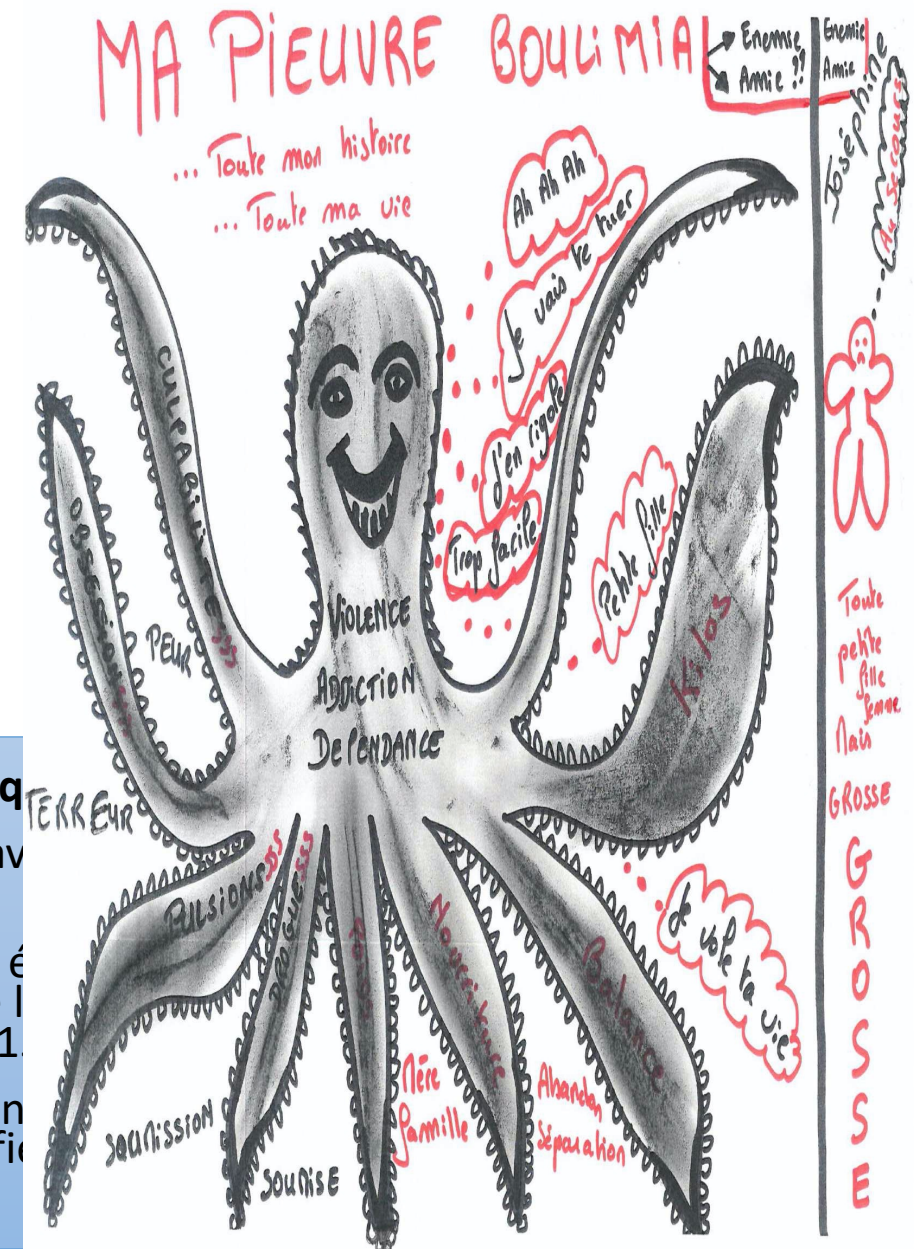
Peu ou pas de plaintes par rapport au poids

Résultats biologiques

- TSH : 1,5 µUI/L
- HbA1c : 6,3 %
- TA : 128/90 mm Hg
- C-HDL : 0,7 mmol/L
- C-LDL : 3,7 mmol/L
- TG : 4,7 mmol/L

On apprend que

- Son père av important
- Elle a déjà é trouble de l sertraline 1
- Ses relation sont qualifi



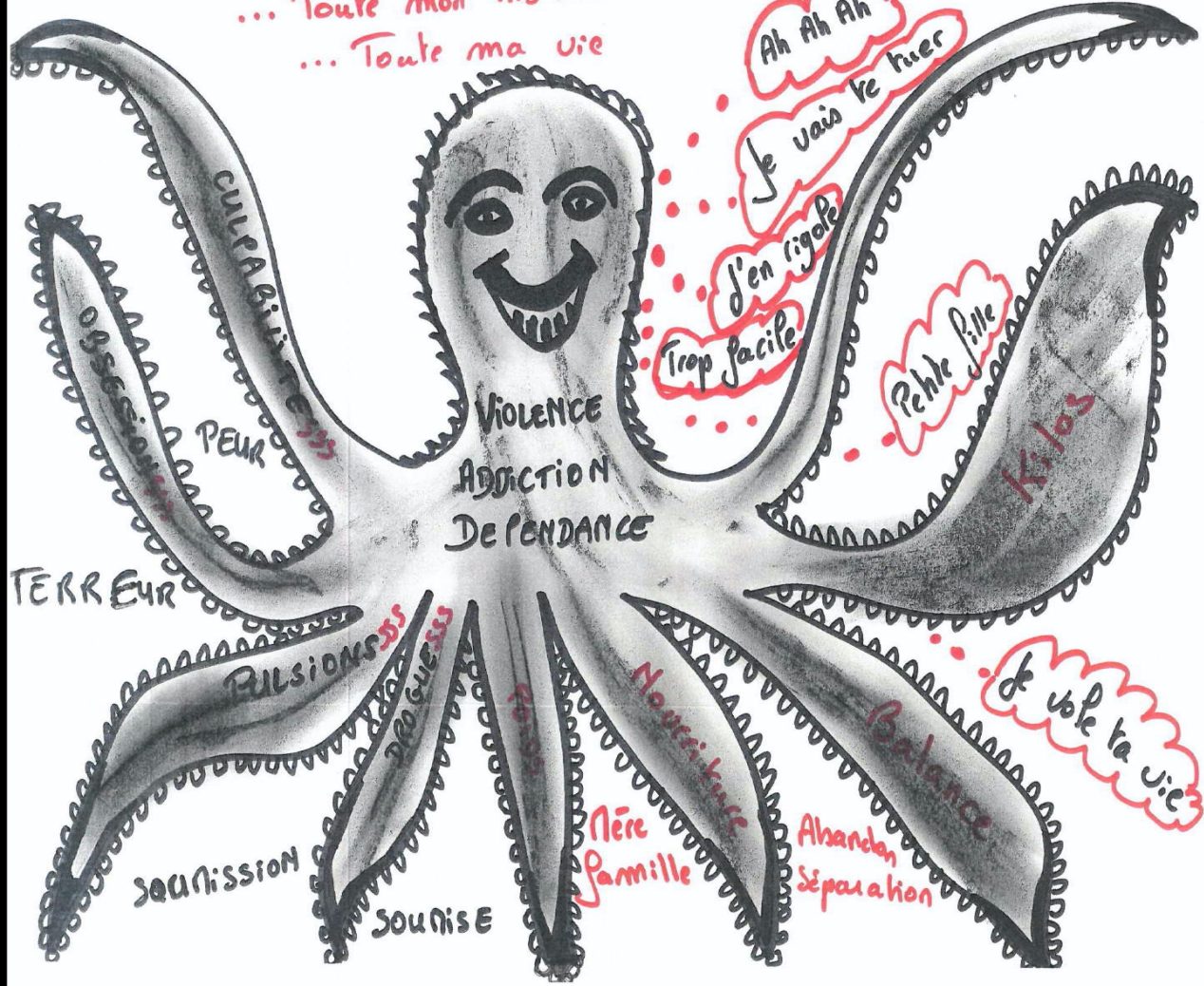
MA PIEURE BOULIMIA

... Toute mon histoire
... Toute ma vie

Enemie
Amie ?!

Enemie
Amie

Josephine
A. Séroux



Toute
pette
fille
femme
Nain

GROSSE

G
R
O
S
S
E

Structuration du projet

Intégratif

**Multi(trans)-
disciplinaire**

**Traiter l'Obésité
≠
Traiter le Poids**

Ambitieux

*Mais petits pas
par petits pas ?*

Séquentiel

Quelles motivations ?

Chronique

*Et donc
répétées ?*

Flexible

Traiter le Trouble d'Accès Hyperphagique

Antidépresseurs

ISRS
IRSN
IRND

Anticonvulsivants

Topiramate
Lamotrigine

Médicaments de l'obésité et de la dépendance

Baclofène
Naltrexone
Naltrexone / Bupropion
Analogues des GLP-1

LISDEXAMFETAMINE

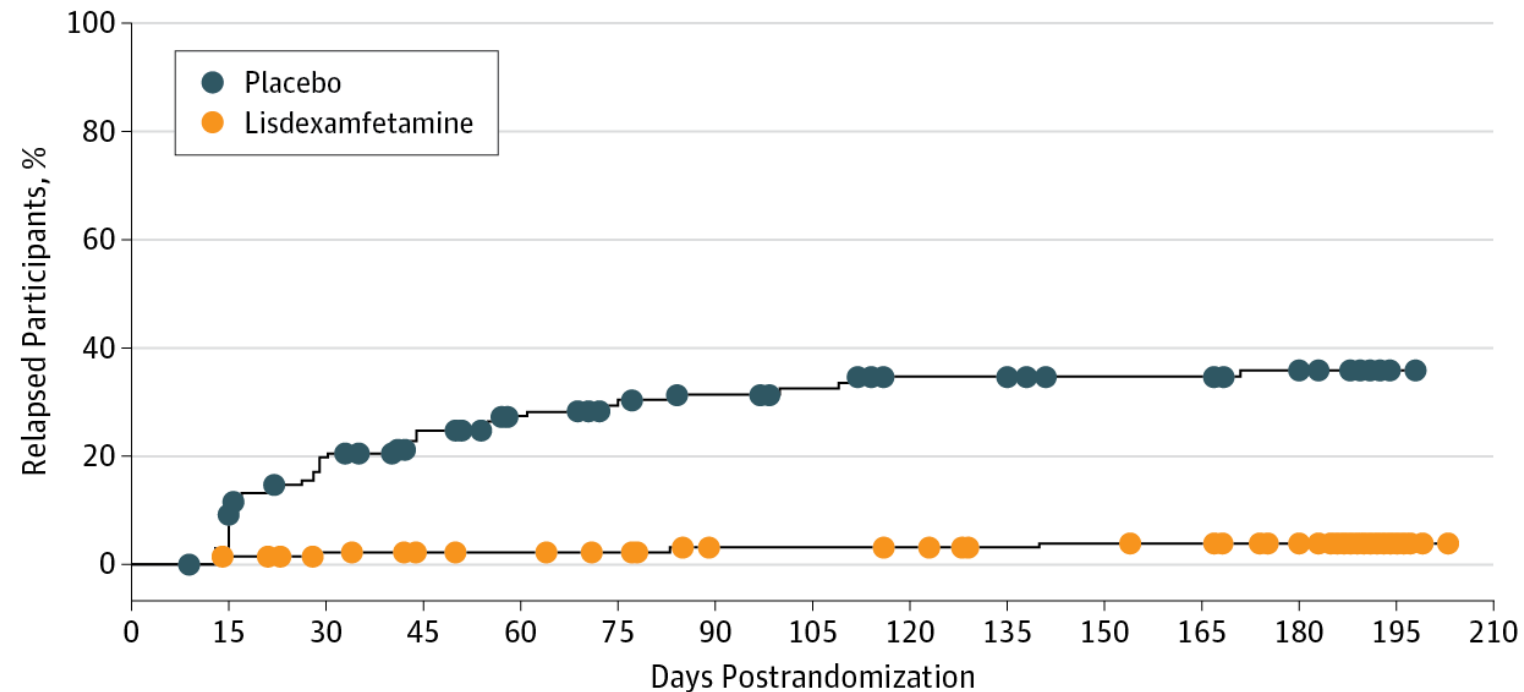
- Efficacité sur le TAH et la perte de poids
- Indication : TAH modéré à grave chez l'adulte (au moins 4 épisodes/semaine)
- Dose cible : 50 à 70 mg/j
- *Officiellement* : amorcer à 30 mg/j puis paliers de 20 mg / 1 semaine
- *Officieusement* : 10 mg/j & 10 mg / 1 à 2 sem
- Sécheresse buccale, Céphalées, Insomnie
- Attention si TPerso grave ou TUS
75 à 108 \$

Pendant combien de temps traiter

➤ 2/3 sans rechute dans le groupe placebo

➤ 3.7% dans le groupe Lisdexamphétamine

- Patients répondeurs (n=275) à la Lisdexamfetamine (12 semaines, ouvert)
- Randomisés entre Placebo et Lisdexamfetamine / 26 semaines



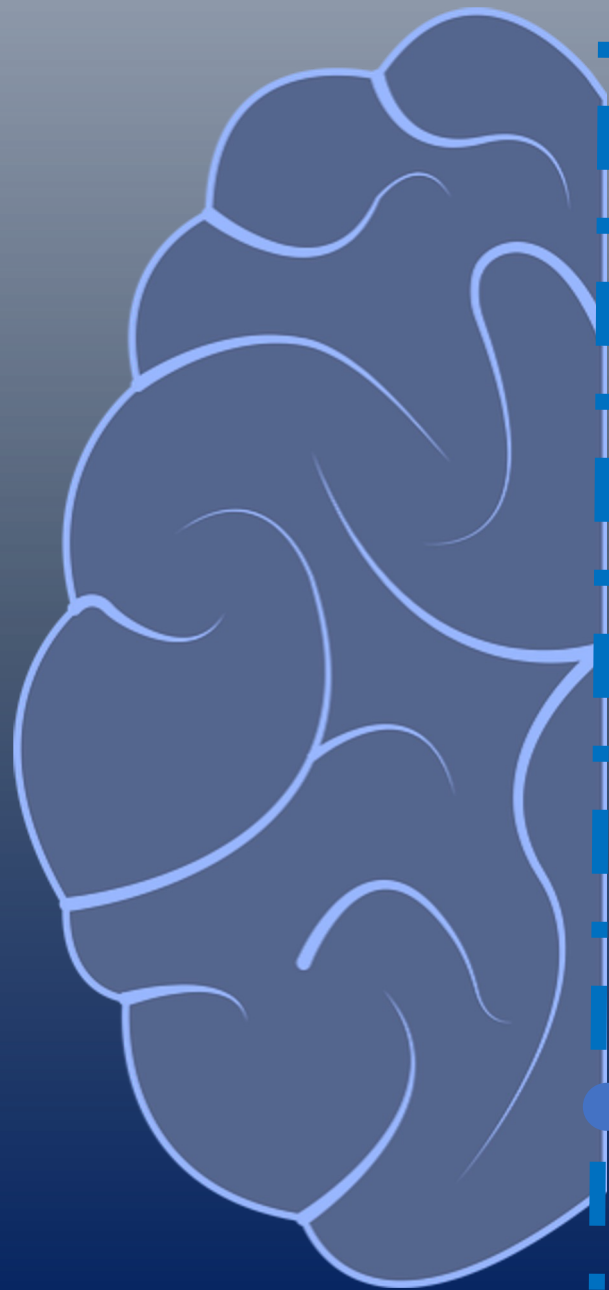
No. at risk	0	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	165	180	195	210
Placebo	131	116	99	87	76	69	66	63	58	57	55	55	49	1	0
Lisdexamfetamine	136	133	127	124	123	121	116	116	115	111	110	109	104	4	0

3 CONSEILS POUR DÉBUTER

Déculpabiliser

- Permettre aux patients de s'informer et tenter de les aider à comprendre leur trouble du comportement alimentaire.

DANS LE BUREAU DU PSY





Obj 1: Entretien motivationnel

La motivation

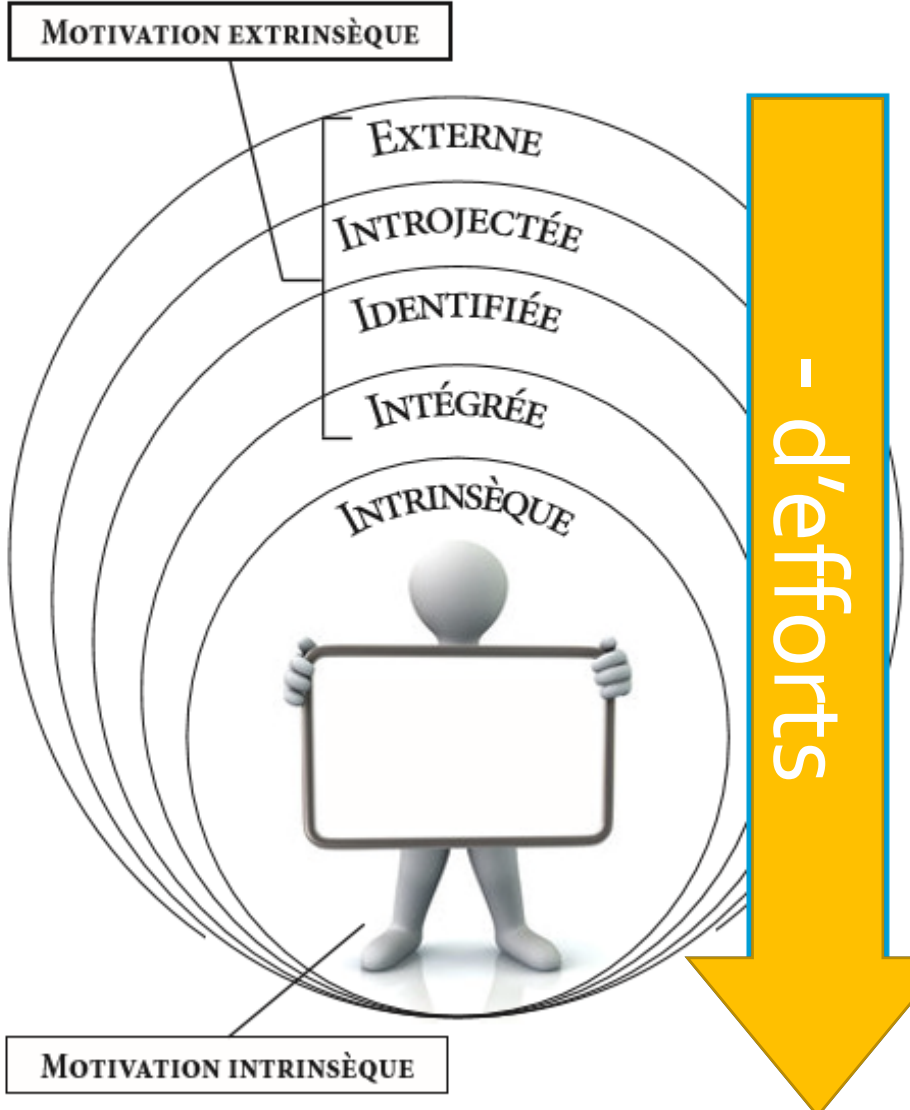
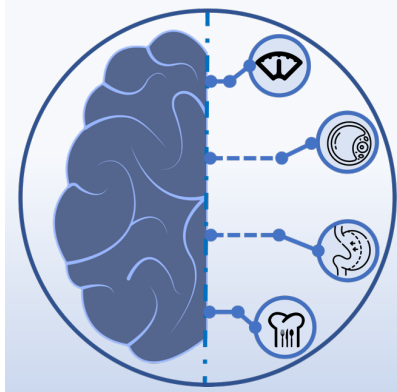


La motivation est un processus psychologique qui mène au déclenchement, au maintien, ou à la cessation d'un comportement. C'est ce qui pousse une personne vers son but.

La motivation est soutenue par trois besoins fondamentaux :
Autonomie, Compétence, Affiliation

	Les effets de régulation	Le processus interne	Exemples de la vie de tous les jours
Extériorité	Satisfaction des demandes externes, obtention des récompenses ou évitement des punitions.	Le processus interne est dominé par les demandes des autres.	Le processus interne est dominé par les demandes des autres.
Intériorité	Agir par culpabilité, honte, peur ou sentiment de devoir.	Le processus interne est dominé par les demandes des autres.	Le processus interne est dominé par les demandes des autres.
Intériorité	Acceptation volontaire, identification à un valeur importante pour soi, reconnaissance de l'importance de l'acte pour le comportement.	Le processus interne est dominé par les demandes des autres.	Le processus interne est dominé par les demandes des autres.
Intériorité	Identification complète et intégration au comportement.	Le processus interne est dominé par les demandes des autres.	Le processus interne est dominé par les demandes des autres.
Intériorité	Satisfaction, plaisir, plaisir personnel.	Le processus interne est dominé par les demandes des autres.	Le processus interne est dominé par les demandes des autres.

THÉORIE DE L'AUTODÉTERMINATION - LES STYLES DE RÉGULATION DU COMPORTEMENT



Les styles de régulation	Le «pourquoi» derrière	Exemples: je fais de l'exercice parce que...
EXTERNE	Satisfaire une demande externe, obtenir une récompense ou éviter une punition	Je me suis promise une gâterie si j'en fais à tous les jours. Mon médecin m'a demandé d'en faire.
INTROJECTÉE	Agir par culpabilité/fierté, éviter la honte ou l'anxiété, éviter un sentiment d'échec, augmenter son sentiment de valeur, tyrannie du «je dois»	Je ne veux pas décevoir mon entraîneur. Je me sens coupable sinon. J'aimerais plaire davantage aux autres. Je veux bien paraître.
IDENTIFIÉE	Acceptation volontaire, identification à une valeur importante pour soi, reconnaissance de l'utilité derrière le comportement	C'est bon pour ma santé. Je veux maintenir une belle qualité de vie au fil des années.
INTÉGRÉE	Identification complète et intégrée au comportement, sentiment d'harmonie avec soi, cohérence avec les valeurs personnelles	L'activité physique, ça fait partie de moi, c'est cohérent avec la personne que je suis.
INTRINSÈQUE	Satisfaction, plaisir, intérêt, réalisation de soi, croissance personnelle	J'ai du plaisir à le faire. Cela me tente! C'est plaisant!

La perte de poids : un but plutôt qu'un objectif

Bien que le poids (pesée) soit un indicateur utile pour monitorer les progrès du patient, il peut être une source de motivation externe ou de découragement à l'atteinte d'un objectif

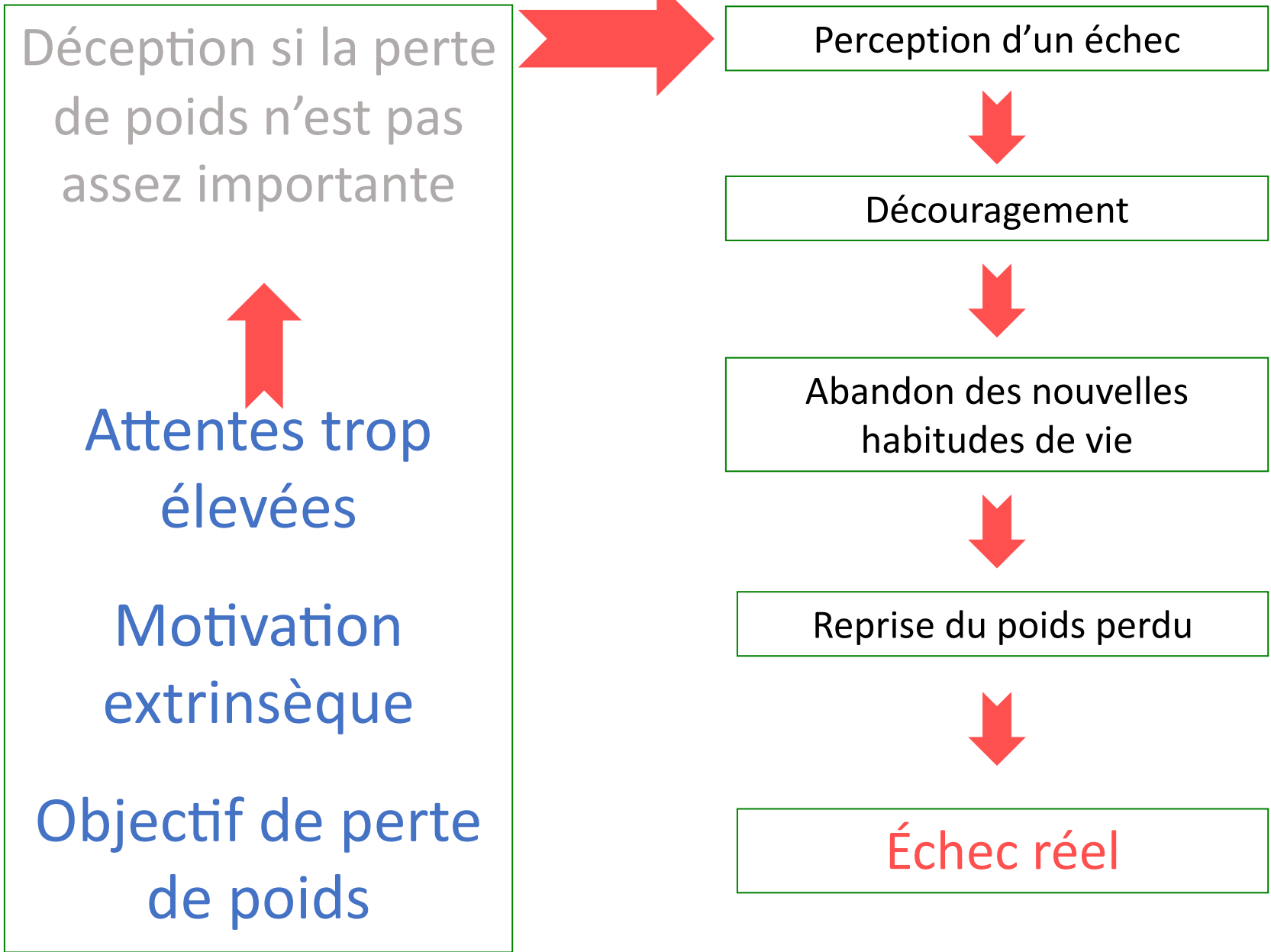
- Le chiffre sur la balance peut générer de la fierté et la satisfaction ou du découragement et un sentiment d'échec



Les attentes de perte de poids

- Des trop faibles attentes sont associées à l'absence d'initiation d'un changement
- Des attentes trop optimistes vont entraîner l'initiation d'un changement mais devenir une source de découragement à plus long terme parce que trop difficile à soutenir.
- Attitude Tout ou rien
- Plus la motivation est extrinsèque, plus la personne risque d'avoir des attentes très faibles ou très élevées.





Objectifs

Visez un objectif que la personne peut atteindre.



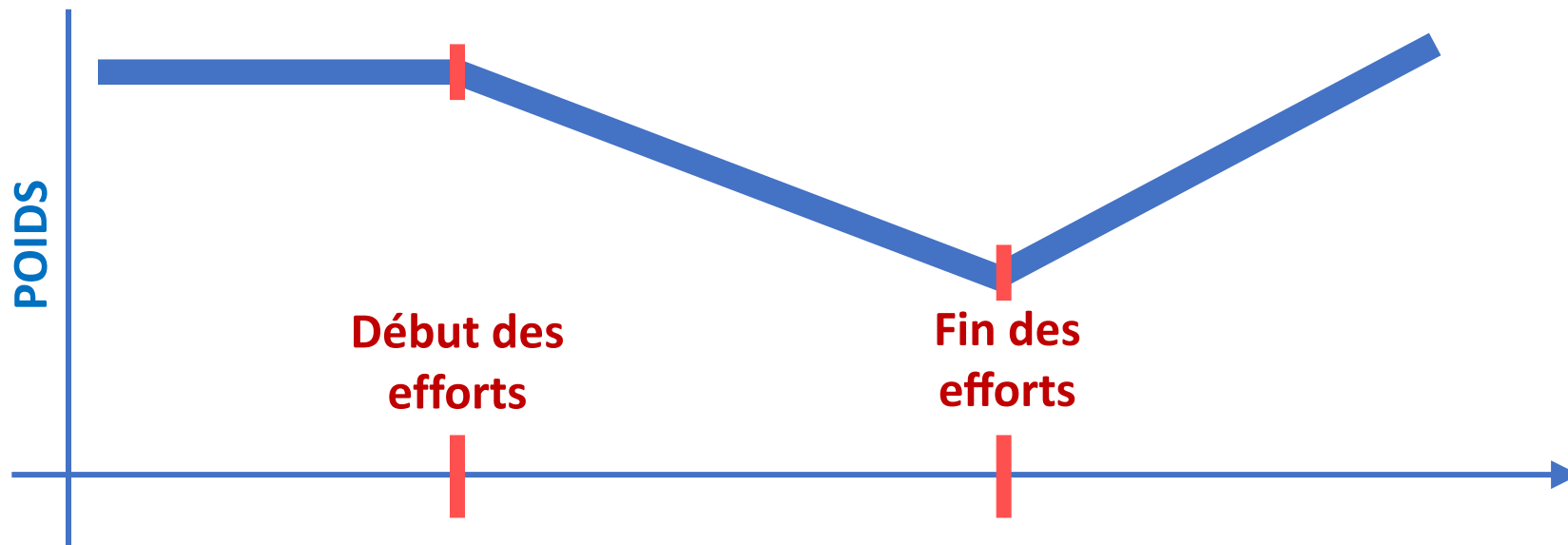
S'assurer que les besoins de base (l'autonomie, la compétence et l'affiliation) en lien avec l'objectif sont répondus.



Le changement des habitudes de vie est un objectif que la perte de poids.

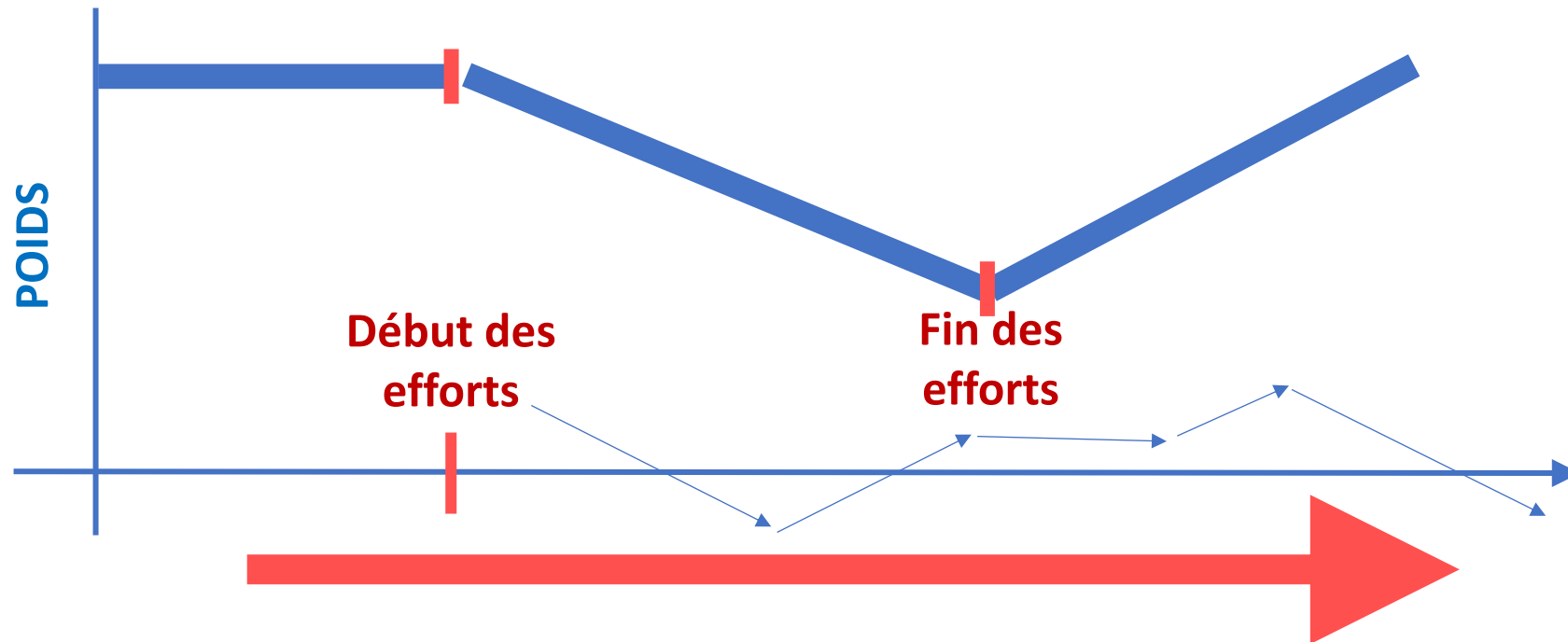
Le processus de perte de poids

L'illusion de la perte de poids linéaire.

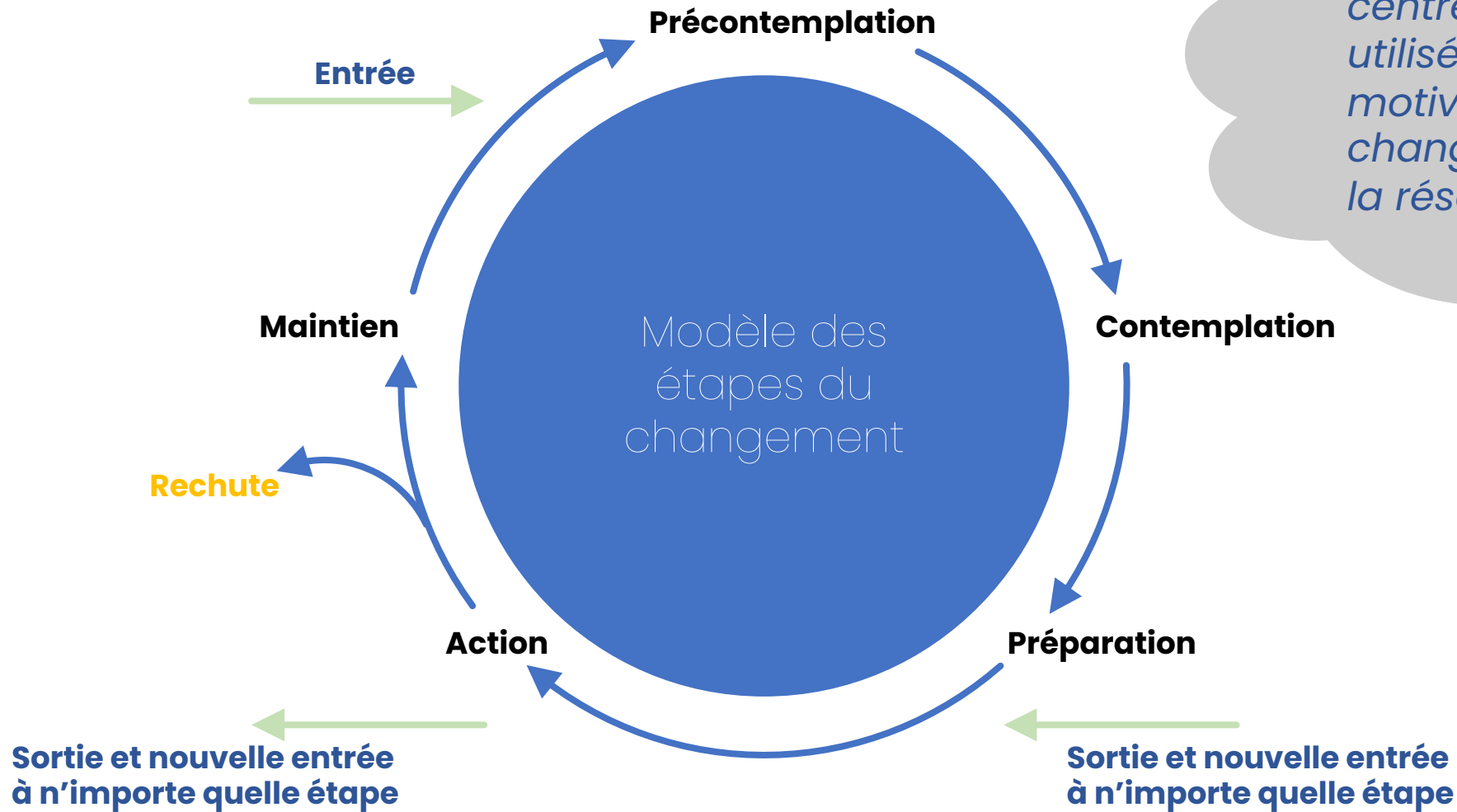


Processus de perte de poids

Les changements doivent être permanents.



Les étapes du changement



Méthode de communication, directive et centrée sur la personne à aider, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.

Miller & Rollnick

Entretien motivationnel

- Style de conversation collaboratif
- Écoute-Reflet-reformulation
- Exploration plutôt que confrontation
 - Encourager le discours changement (*J'aimerais pouvoir trouver l'énergie pour reprendre mes marches*) plutôt que le discours maintien (*J'ai essayé plusieurs fois de prendre des marches*).
 - Renforcer le discours changement lorsqu'il présent
 - Le susciter quand il est moins présent

Stratégies pour susciter le discours changement

- Discours changement préparatoire
 - Exprime un désir, un besoin, une capacité
 - Je veux, je voudrais, je dois, il faut que, je peux
- Discours changement de mobilisation
 - Engagement
 - Ex. j'ai décidé que....
 - Activation
 - Ex. Je pourrais commencer par...
 - Premier pas
 - Ex. J'ai commencé à....

Stratégies pour susciter le discours changement

Poser des questions favorisant l'évocation, explorer les objectifs et les valeurs

Obj 2: Entretien motivationnel et 5A

Les 4M de l'obésité



Mentaux

Cognition
Dépression
Trouble d'attention
Dépendance
Psychose
Trouble de l'alimentation
Traumatisme
Insomnie



Mécaniques

Apnée du sommeil
Arthrose
Douleur chronique
Reflux gastro oesophagien
Incontinence
Thrombose
Intertrigo
Fasciite plantaire



Métaboliques

Diabète de type 2
Dyslipidémie
Hypertension
Goutte
Stéatose hépatique
Lithiase biliaire
SOPK
Cancer



Monétaires

Éducation
Emploi
Revenu
Handicap
Assurance
Avantage sociaux
Équipement de bariatrie
Programmes de perte de poids

Déterminez les causes du gain de poids

Le gain de poids est-il causé par un métabolisme lent?

Age
Hormones
Génétique
Faible masse musculaire
Perte de poids
Médicaments

Corrigez les causes du métabolisme lent

Le gain de poids est-il causé par la suralimentation?

Facteurs socio-culturels
Symptômes physiques de faim
Consommation émotive/stress
Troubles de santé mentale
Médicaments

Corrigez les causes de la suralimentation

Le gain de poids est-il causé par un faible niveau d'activité?

Facteurs socio-culturels
Obstacles socio-économiques
Obstacles physiques / douleur
Facteurs émotifs
Médicaments

Corrigez les causes du faible niveau d'activité

Les 5A^s de la prise en charge de l'obésité

1. Autorisation/Demandez l'autorisation

Définition

- ✓ Reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique
- ✓ Demander aux patients l'autorisation de les conseiller et de les aider à traiter cette maladie
- ✓ Adopter une attitude sans jugement
- ✓ Explorer jusqu'à quel point la personne est prête à changer

Explication

- ✓ Le poids étant un sujet sensible, éviter les manifestations verbales qui sous-tendent un jugement.
- ✓ Le fait d'être prêt à changer pourrait prédire les résultats obtenus

Intervention

Demander au patient la permission de discuter de son poids :

- « Puis-je vous parler de votre poids ? »
- « Êtes-vous préoccupé par les effets de votre poids sur votre santé ? »
- S'assurer d'entendre ce que dit le patient

Explorer son aptitude au changement :

- « Êtes-vous prêt à travailler sur votre poids ? Est-ce que je peux vous aider ? »
- « Quelle est l'importance pour vous de travailler sur votre poids ? »

Les 5A^s de la prise en charge de l'obésité

2. Analyse/Déterminez – Tenir compte du vécu du patient

Définition

- ✓ Évaluation des paramètres appropriés et identification des causes sous-jacentes du problème, en évitant la stigmatisation et les approches trop simplistes.
- ✓ Explorer les motivations et les difficultés liées à l'excès de poids, ainsi que les barrières potentielles au traitement

Explication

- ✓ L'IMC seul ne devrait jamais servir d'indicateur pour désigner les interventions de prise en charge de l'obésité.
- ✓ L'obésité est un problème complexe et hétérogène dont les causes sont multiples.
- ✓ Les motivations et les difficultés liées à l'obésité sont différentes pour chaque personne.

Intervention

Bien comprendre l'histoire et le contexte de vie de l'individu, ainsi que les objectifs qui comptent pour lui

Évaluer:

- L'état de santé
- L'IMC, tour de taille
- La sévérité de la maladie (p. ex., Edmonton Obesity Staging System)
- Les causes fondamentales de la prise de poids et ses complications (4M)
- Les effets du poids sur le fonctionnement psychosocial

Les 5A^s de la prise en charge de l'obésité

3. Avis/Conseillez – Offrir des conseils de gestion de l'obésité

Définition

- ✓ Donner des conseils sur:
 - Les risques de santé associés à l'obésité
 - Les avantages d'une perte de poids modeste
 - La nécessité d'une stratégie à long terme
 - Les options de traitement

Explication

- ✓ Les risques pour la santé de l'excès de poids varient d'une personne à l'autre.
- ✓ Le fait de ne pas prendre de poids ou d'avoir une perte de poids modeste peut avoir des effets bénéfiques sur la santé.
- ✓ Les options de traitement à considérer devraient tenir compte des risques pour la santé.

Intervention

- ✓ Donner des conseils sur les risques de l'obésité, expliquer les avantages d'une perte de poids modérée et la nécessité de stratégies à long terme
- ✓ « Maintenant que nous avons une meilleure compréhension de votre situation, pouvons-nous explorer la création d'un plan d'action pour améliorer les choses ? »
- ✓ Explorer toutes les options de traitement

Les trois piliers de la prise en charge de l'obésité qui soutiennent la nutrition et l'activité physique



Intervention psychologique

- Thérapie favorisant un changement de comportement
- Gérer le sommeil, le temps et le stress
- Psychothérapie selon le cas



Pharmacothérapie

- Liraglutide 3,0 mg
- Naltrexone-bupropion (dans un comprimé combiné)
- Orlistat

Critères

IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
IMC $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ + complications liées à l'obésité



Chirurgie bariatrique

- Discussion chirurgien-patient
- Gastrectomie en manchon (Sleeve)
 - Dérivation gastrique Roux-en-Y
 - Dérivation biliopancréatique

Critères

IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$
IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ + complication liée à l'obésité
IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ + diabète T2 mal contrôlé

Les 5A^s de la prise en charge de l'obésité

4. Accord/Entendez-vous – Fixer ensemble des objectifs.

Définition

- ✓ Se mettre d'accord sur des attentes réalistes de perte de poids
- ✓ Favoriser les changements de comportements en se référant au cadre conceptuel SMART et en fournissant le détail des options de traitement :
Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporel

Explication

- ✓ La plupart des patients et plusieurs médecins ont des attentes irréalistes
- ✓ Les interventions devraient se concentrer sur le changement de comportements
- ✓ Les intervenants devraient être sensibles à la capacité du patient d'adhérer au traitement proposé

Intervention

- ✓ Envisager le concept du « meilleur poids »
- ✓ Convenir d'un plan d'action personnalisé, pratique et durable, qui s'attaque aux causes de la prise de poids
- ✓ Inclure dans le plan de traitement des principes efficaces de modification du comportement, tels que la fixation d'objectifs et le modelage du comportement

Les 5A^s de la prise en charge de l'obésité

5. Aide/Aidez – Affronter les facteurs contributifs et autres obstacles

Définition

- ✓ Aider à découvrir les obstacles
- ✓ Fournir des ressources et aider à trouver et à consulter les intervenants appropriés
- ✓ organiser un suivi régulier

Explication

- ✓ La plupart des patients rencontrent des obstacles importants dans la gestion de leur poids.
- ✓ Les patients sont confus et ne peuvent distinguer les sources d'information crédibles des sources non crédibles.
- ✓ Le suivi essentiel à la prise en charge de la maladie chronique.

Intervention

- ✓ S'attaquer aux facteurs de facilitation (motivation, soutien) et aux obstacles (sociaux, médicaux, émotionnels et économiques) qui rendent la gestion du poids difficile
- ✓ Découvrir, éduquer, recommander et soutenir
- ✓ Organiser un suivi régulier pour maintenir la conversation

Obj 3: Stratégies comportementales



Comment favoriser une saine gestion du stress

- Le stress génère souvent un état d'inconfort qui peut amener certaines personnes à manger (alimentation émotionnelle)
 - Ce ne sont pas toutes les personnes qui mangent en période de stress.
 - Genre (les femmes particulièrement)
 - Restriction
 - IMC élevé
- Bien identifier le stressueur, les antécédents et les conséquences (analyse fonctionnelle)

Stimuler la résilience

Stratégies actives

Résoudre ses problèmes, affronter ses peurs

Soutien social

Être connecté aux autres, développer et nourrir ses amitiés et ses relations familiales, apprendre à partir de modèles de personnes résilientes

Approche positive

Identifier les aspects positifs des situations, percevoir les obstacles comme des défis plutôt que des entraves

Acceptation et pleine conscience

Accepter les émotions difficiles, être dans le moment présent, apprécier les moments de la vie quotidienne

Stimuler la résilience

Activité physique

Bouger régulièrement pour améliorer l'humeur et diminuer l'anxiété

Emphase sur les progrès

Transformer des objectifs en étapes réalisables, en mettant l'accent sur les progrès réalisés

Auto-compassion

Adopter une attitude indulgente et bienveillante envers soi-même

Trouver un sens

Développer et vivre selon des valeurs et des principes significatifs pour soi

Stratégies cognitives comportementales pour les difficultés de sommeil

La restriction
du temps au lit

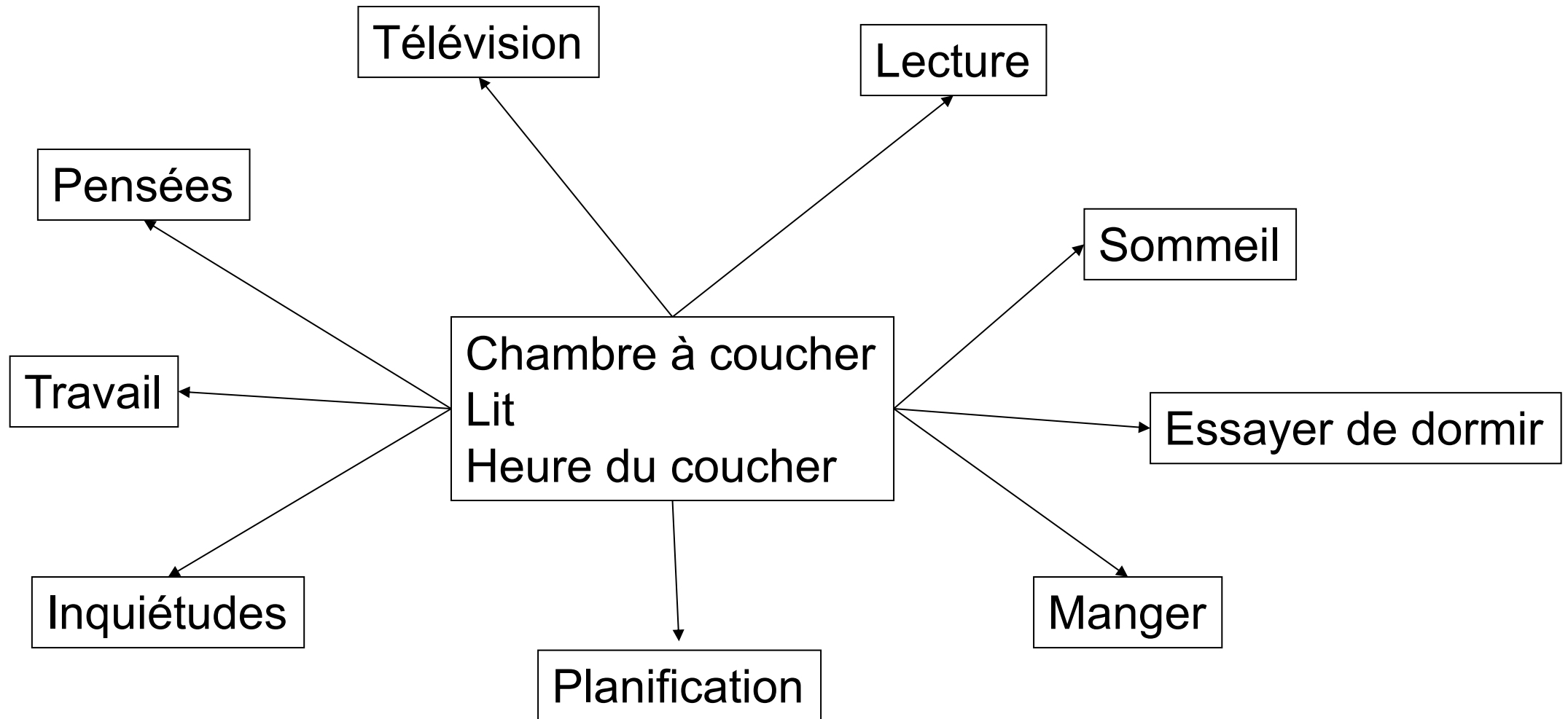
Le contrôle par
le stimulus

La
restructuration
cognitive

L'hygiène du
sommeil

La relaxation

La prévention
de la rechute



Stratégies cognitives comportementales pour les difficultés de sommeil

- Réduire la fenêtre de sommeil
- Réserver une heure de détente avant le coucher
 - Pas plus pas moins
- Aller au lit uniquement lorsqu'on se sent somnolent
- Se lever et quitter la chambre si l'on est incapable de s'endormir après 15-20 minutes
- Éviter les siestes
 - Au besoin les faire dans le lit, avant 15:00, < 1 heure
- Éviter les activités incompatibles avec le sommeil dans le lit ou la chambre (e.g., manger, regarder la télévision, écouter la radio ou travailler)
- Se lever tous les matins à la même heure, peu importe la durée du sommeil de la nuit passée

Hygiène de sommeil

Ressources

- **Obésité Canada**
- **ANEB Québec**
- **La maison L'Éclaircie**
- **Le CEPIA**
- **Équilibre**
- **Application bariatrique.québec**

Nos services



— CENTRE D'EXPERTISE —
POIDS . IMAGE . ALIMENTATION

- Groupes psychoéducatifs
- Groupes auto-compassion
- Groupes sur le troubles d'accès hyperphagique
- Alimentation intuitive
- YOGA- Activité physique

UN NOUVEAU SITE POUR LES JEUNES SOUFFRANT D'ACCÈS HYPERPHAGIQUE

compulsionalimentaire.ca

Site web éducatif visant le dépistage et la sensibilisation à la compulsions alimentaire et au trouble d'accès hyperphagique chez les jeunes;

- Outil de dépistage validé et rétroaction immédiate;
- Campagne de sensibilisation adaptée à la population adolescente et information.

Collaboration avec ANEB pour le soutien immédiat (ligne d'écoute, courriel, clavardage) et référencement;

