

MODIFIER LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE : MISSION IMPOSSIBLE ?

France BELLISLE, Anne-Marie DALIX

Le public et même les professionnels de la nutrition ignorent souvent qu'il existe une forme de thérapie dite « cognitivo-comportementale » qui vise à la modification des comportements alimentaires dans le sens d'un meilleur contrôle du poids corporel. Nous venons de lire, dans un très récent numéro des Cahiers de Nutrition et de Diététique [1], qu'à la question « Peut-on changer les comportements alimentaires ? », la réponse est « non », parce que les professionnels de la diététique sont des gens naïfs, et parce que depuis les études pionnières de psychologie sociale de Kurt Lewin en 1943 [2] il ne s'est rien passé de notable jusqu'au brillant travail d'intervention comportementale réalisé par Chantal Simon, en 2005 (ce dernier concernant d'ailleurs l'activité physique et la sédentarité et non pas les comportements alimentaires) [3]. L'excellent article de Saadi Lahlou [1] a eu le mérite de souligner l'existence de ces travaux importants, même s'il est demeuré discret sur les nombreuses avancées de l'approche comportementaliste publiées dans les revues scientifiques depuis 60 ans. Les bénéfices des thérapies cognitives et comportementales sont mieux connus dans les troubles des comportements alimentaires (TCA) que sont la boulimie et le « binge ». Cependant il existe une importante littérature concernant les approches cognitivo-comportementales appliquées au contrôle du poids et à l'amaigrissement, dont les travaux pionniers remontent aux années 60 [4]. Dans cet article, nous nous proposons de relater l'historique des stratégies développées au cours des années et de décrire les bénéfices démontrés afin de mettre en perspective l'intérêt de cette approche avec les autres types de prise en charge du surpoids existant aujourd'hui.

Le comportement alimentaire

Dans cet article, nous entendons d'abord « comportement alimentaire » au sens étroit d'une série discontinue d'épisodes de consommation d'une durée variable, et séparés d'autres épisodes de consommation par des intervalles d'une durée également variable. Nous entendons aussi, dans un sens plus large, les comportements associés à la

recherche et à l'acquisition d'aliments. Ces comportements ont des dimensions non seulement physiologiques, mais aussi psychologiques, sociales et même économiques. Toutes ces dimensions doivent être prises en compte lorsque l'on tente de modifier les comportements et elles sont effectivement intégrées aux approches cognitivo-comportementales.

Pourquoi modifier les comportements pour agir sur le poids ?

Il ne faut jamais oublier que le comportement alimentaire est un acteur majeur dans la régulation du bilan d'énergie.

CRNH Île-de-France, Hôtel-Dieu, 1, Place du Parvis Notre-Dame, 75004 Paris.

Correspondance : F. Bellisle, à l'adresse ci-dessus.
Email : f.bellisle@wanadoo.fr

Quelles que soient les circonstances sociales ou économiques dans lesquelles elle se produit, quelles que soient ses contributions au vécu sensoriel ou affectif du mangeur, la prise alimentaire contribue aux apports énergétiques qui, en fonction de leur adéquation ou de leur inadéquation aux dépenses de l'organisme, déterminent l'évolution du poids corporel.

La figure 1 est une représentation classique du bilan d'énergie. On y voit les deux aspects essentiels de ce bilan : les entrées d'énergie et les sorties. Selon que ce bilan est positif, négatif ou nul, le sujet grossit, maigrit, ou maintient un poids stable. Le domaine des dépenses énergétiques est composé de plusieurs éléments. Le métabolisme de base représente à lui seul autour de 60-70 % de la dépense quotidienne totale. La thermogénèse induite par la digestion des aliments représente environ 10 % des besoins énergétiques. Quant à l'exercice physique, sa contribution aux dépenses énergétiques totales dépend bien évidemment de sa durée et de son intensité. Dans la plupart des cas, il représente entre 15 et 30 % de la dépense énergétique quotidienne. L'activité physique est le poste de la dépense énergétique sur lequel on peut agir délibérément. En modifiant son activité physique, comme l'ont fait les participants de l'étude de Simon *et al.* [3], on peut donc augmenter ses dépenses énergétiques dans une mesure non négligeable, qui se situe autour de 20 % des besoins totaux. Lorsque l'on regarde l'autre plateau de la balance, celui qui concerne les apports énergétiques, on s'aperçoit que 100 % des entrées relèvent du comportement. Agir sur les comportements alimentaires ouvre donc la possibilité, du moins en théorie, de modifier une très large part de ce qui va se retrouver sur le plateau de gauche de notre balance.

Comment peut-on agir sur ces comportements ? Les déterminants physiologiques du comportement alimentaire ont été très étudiés, en particulier dans le contexte de la recherche sur l'obésité. L'étude des déterminants sociaux et économiques est également bien documentée. Par ailleurs, le « behaviorisme », l'étude de tous les comportements et non seulement du comportement ali-

mentaire, s'est considérablement développé au siècle dernier. Au confluent de toutes ces sources de connaissances, des méthodes de modification des comportements alimentaires ayant pour objectif de réduire la surcharge pondérale ont été élaborées et mises en œuvre dans la seconde moitié du XX^e siècle.

Les premiers efforts des comportementalistes visaient à recenser les différents aspects des comportements alimentaires susceptibles de contribuer au surpoids et donc d'être corrigés par une approche adéquate. Ces aspects du comportement sont nombreux. Le tableau I en donne une liste partielle. L'approche comportementale dès ses origines (les années 60) proposait une stratégie en quatre temps :

- 1) identifier les comportements potentiellement indésirables à modifier ;
- 2) identifier les antécédents de ces comportements dans l'environnement (les conditions ou les signaux qui les déclenchent) ;
- 3) proposer des techniques pour modifier l'acte de consommation alimentaire ;
- 4) identifier les conséquences, ou les récompenses, consécutives à ces comportements qui en favorisent la pérennité.

La théorie voulait que, en contrôlant les antécédents et en modifiant les conséquences, il soit possible de changer les comportements eux-mêmes [5]. En analysant le « comment », il pourrait être possible de comprendre le « pourquoi », et de modifier le comportement alimentaire aussi bien en qualité qu'en quantité.

Les travaux pionniers

Des programmes de réduction pondérale fondés sur des théories comportementalistes ont été mis en œuvre à partir des années 1960-1970. Ces premiers efforts étaient modestes et très simples, peut-être pourrions nous dire « naïfs » avec le recul du temps. Ces programmes proposaient de modifier le « comment » du comportement alimentaire, mais sans toutefois imposer aux patients de faire quelque régime que ce soit. On pouvait manger de

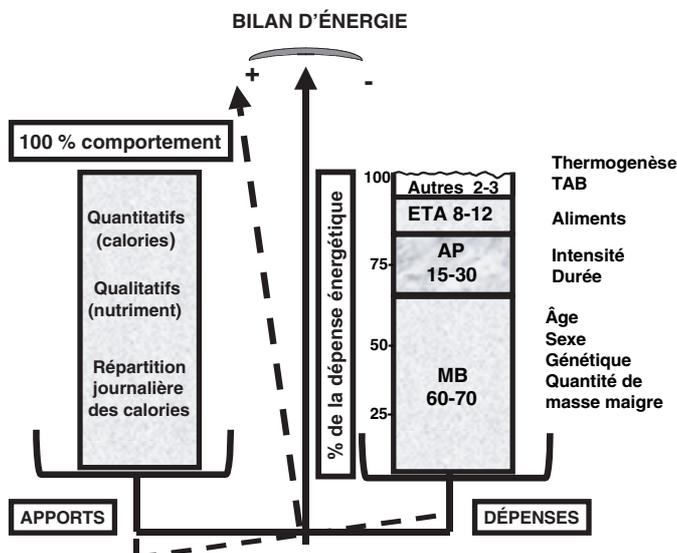


Figure 1.

Les deux termes du bilan d'énergie : apports et dépenses.
ETA : effet thermogénétique de l'aliment ; AP : activité physique ;
MB : métabolisme basal ; TAB : tissu adipeux brun.

Tableau I.

Différents aspects des comportements alimentaires susceptibles de contribuer au surpoids.

Quelques paramètres importants
Le nombre quotidien d'épisodes de consommation alimentaire
L'horaire des consommations (jour et heure)
La durée des consommations
La durée des intervalles entre les consommations
La taille des consommations
Le contenu nutritionnel des consommations
La microstructure (mastication, déglutition, vitesse) des consommations
Les circonstances des consommations (lieu, environnement sonore, visuel, etc.)
Le nombre de personnes présentes lors de la consommation
L'humeur avant et après la consommation
Le caractère agréable de la consommation
Etc.

tout, sans se soucier des quantités, mais pas n'importe comment. Ces programmes s'adressaient le plus souvent à des personnes en surcharge pondérale modérée qui assistaient à des réunions hebdomadaires de petits groupes, pendant 8 à 16 semaines. Les patients devaient d'abord rapporter par écrit toutes leurs ingestions, de même que le maximum de détails concernant les circonstances entourant la prise alimentaire. On leur apprenait, au cours des séances de groupe, à modifier leur façon de manger : prendre des repas réguliers, dans un endroit adapté, à table avec nappe et couverts, sans faire autre chose en même temps. On leur apprenait à manger lentement, à savourer les aliments, à poser leurs couverts entre les bouchées successives, à éviter les situations favorisant la perte de contrôle, à ne jamais faire les courses le ventre vide, etc. À la suite d'un tel programme, les pertes de poids enregistrées tournaient autour de 3 à 5 kg (exceptionnellement, dans des thérapies les plus longues, jusqu'à 10-15 kg) [6]. Il est apparu très tôt que cette approche donnait de meilleurs résultats à court terme que l'éducation nutritionnelle ou divers types de psychothérapie [7]. L'attrition dans ces traitements était faible (moins de 10 %) et, bénéfique important, les difficultés psychologiques souvent observées chez les patients au régime (irritabilité, anxiété, dépression) étaient considérablement réduites [6].

L'une des critiques souvent formulées à l'encontre de ces thérapies était la modeste perte de poids. Stunkard lui-même, l'un des pionniers de cette approche, écrivait en 1978 dans une revue des études publiées : « les résultats sont modestes et, en ce qui concerne leur utilité clinique, décevants » [6]. Il faut se souvenir cependant qu'à cette époque de behaviorisme naïf, on ne demandait pas aux gens de faire de régime. Peu de temps après, et de façon tout à fait indépendante, une notion très importante a été proposée par des chercheurs s'occupant d'obésité : la notion de restriction alimentaire [8]. Selon ces auteurs, le simple fait de se mettre au régime et de restreindre délibérément sa prise alimentaire pour contrôler son poids, que cette restriction soit efficace ou non, que la personne restreinte soit effectivement obèse ou non, induit de graves troubles de la régulation du bilan d'énergie, avec parfois des comportements anti-régulateurs (désinhibition), et l'aggravation de la surcharge pondérale [9]. Cette notion de restriction alimentaire a été depuis reprise et enrichie par de nombreux experts, notamment : Stunkard et Messick [10] qui ont élaboré un questionnaire permettant d'en évaluer l'intensité ; Westenhoefer *et al.* [11] qui ont souligné les méfaits de la restriction rigide contrastant avec les avantages d'une restriction flexible ; enfin Michelle Le Barzic, de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui depuis vingt ans n'a cessé de mettre en garde les professionnels de l'amaigrissement contre les graves perturbations psychologiques et pondérales induites par la prescription abusive de régimes restrictifs [12].

Ce que les behavioristes des années 60-70 ignoraient aussi, c'est que de modestes pertes pondérales, telles que celles qu'ils obtenaient avec leurs stratégies naïves centrées sur les comportements, ont été plus tard reconnues comme des objectifs tout à fait honorables des traitements de la surcharge pondérale, susceptibles de conférer des bénéfices métaboliques nombreux et importants (sur la tension artérielle, la sensibilité à l'insuline, le bilan lipidique sanguin, etc.) [13]. Nous y reviendrons.

Sensibles aux critiques de l'époque, les comportementalistes ont donc cherché à améliorer leur efficacité et ont développé des traitements de plus en plus complexes et ambitieux. Dans les années 1980, la thérapie comportementale est devenue la thérapie cognitivo-comportementale, qui intégrait un travail d'évaluation et de modification des attitudes, des attentes et des croyances des patients. Les traitements reposaient toujours sur une réunion hebdomadaire de groupe mais les traitements duraient plus longtemps. Les patients étaient invités à analyser et à modifier différents éléments de leur style de vie influençant les deux aspects du bilan d'énergie : les apports et les dépenses énergétiques. La stratégie des « petits pas » encourageait les gens à avancer par petites étapes, par exemple en augmentant progressivement leur activité physique et en modifiant par étapes successives, et cumulatives, leurs ingesta. À cette époque, les études publiées rapportaient des pertes pondérales d'environ 8-9 kg pour un traitement de 15 semaines environ [7]. Dans la majorité des études, les stratégies cognitivo-comportementales s'accompagnaient d'un régime modérément restrictif. On a même vu des thérapies cognitivo-comportementales appliquées dans le cadre de régimes extrêmement restrictifs : les VLCD ou *very low calorie diets* populaires dans les années 80 et réservés aux obésités massives à fort risque de complications graves [14].

L'un des grands problèmes de la perte de poids, quelle que soit la méthode utilisée pour l'obtenir, est celui du maintien de cette perte de poids au-delà de la durée du traitement. Les effets d'un régime amaigrissant, quel qu'il soit, sont généralement de courte durée et le patient reprend souvent le poids perdu aussitôt qu'il abandonne son régime. En 1981 est paru un célèbre article dans lequel l'équipe du Professeur Stunkard comparait quatre types de prises en charge du surpoids, d'abord pendant six mois de traitement, puis durant les 12 mois suivant l'arrêt de ce traitement [15]. Ces quatre traitements étaient les suivants : 1) conseils diététiques dispensés dans le bureau du médecin, 2) pharmacothérapie (fenfluramine), 3) thérapie comportementale et 4) pharmacothérapie plus thérapie comportementale. La figure 2 illustre les résultats de cette étude. Après six mois de traitement, les

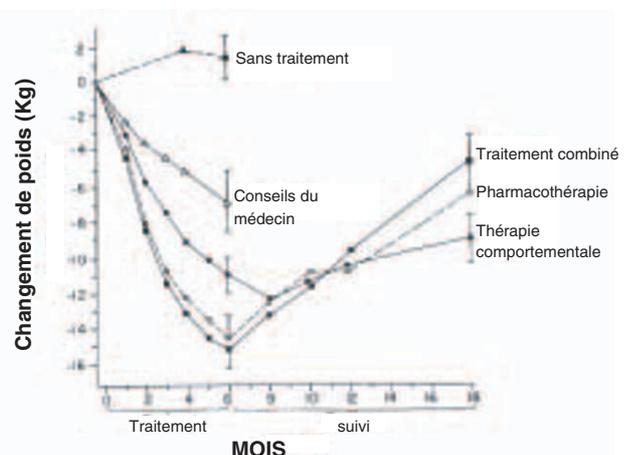


Figure 2.

Effets pondéraux de quatre approches thérapeutiques après 6 mois de traitement et 12 mois après la fin du traitement. D'après [15].

conseils du médecin avaient effectivement induit une perte de poids intéressante (autour de 7 kg) mais beaucoup moins importante que celle induite par la pharmacothérapie, qu'elle soit associée ou non à la thérapie comportementale (autour de 15 kg). La thérapie comportementale seule donnait une perte de poids intermédiaire (11 kg). Douze mois plus tard, le suivi montrait que le poids perdu sous pharmacothérapie avait été largement repris, alors que le maintien de la perte de poids due à la seule thérapie comportementale était meilleur. Dans tous les cas, le poids remontait après l'arrêt du traitement, mais moins chez les personnes ayant participé aux groupes de thérapie comportementale sans médicaments. Ces observations suggèrent que les patients avaient effectivement appris quelque chose d'utile durant leurs six mois de thérapie comportementale et que ce qu'ils avaient appris continuait de les aider après l'arrêt du traitement. Dans cette étude, la thérapie comportementale et l'usage de médicaments ne font pas bon ménage, car cette combinaison d'approches est associée à la plus forte reprise du poids perdu dans l'année qui suit le régime. Il pourrait y avoir incompatibilité entre la démarche de la thérapie comportementale, qui implique une participation active du patient, et celle qui consiste à modifier le bilan d'énergie par des moyens pharmacologiques. Bien entendu, ces résultats reflètent la thérapie comportementale de l'époque et la pharmacothérapie de l'époque. Il n'est pas impossible que des effets différents puissent être observés aujourd'hui, ou dans d'autres types de problèmes alimentaires. Il a été montré, par exemple, que l'administration de fluoxétine administrée en relais d'une thérapie cognitivo-comportementale pouvait aider des patients souffrant de troubles des comportements alimentaires (TCA) [16].

La thérapie cognitivo-comportementale de la dernière décennie

Les efforts des thérapeutes ont continué pour améliorer le rendement de l'approche cognitivo-comportementale. Les traitements actuels durent entre 26 et 52 semaines, et sont toujours fondés sur la réunion hebdomadaire. Les facteurs nutritionnels (choix d'aliments de bonne valeur nutritionnelle, évitement de certains nutriments, etc.) sont intégrés au traitement aussi bien que les notions cognitives (modifications des attentes et des croyances, etc.) ou purement comportementales (repas réguliers, stratégie d'évitement des situations critiques, exercice physique, etc.). Les obstacles de nature ethnique, sociale ou économique sont discutés. Les études récentes montrent des pertes de poids d'environ 10 kg. Un an après de tels programmes, environ 60 % de la perte de poids est maintenue. Entre 3 et 5 ans après le traitement cependant, le poids retrouve son niveau d'avant le traitement [7]. Il y a donc encore des progrès à faire pour améliorer le maintien durable de l'amaigrissement à long terme. Selon des articles récents, le maintien de la perte de poids peut être amélioré par la fréquentation de réunions de groupes tous les mois après la fin du traitement, au cours desquelles les principes de base sont réaffirmés et les difficultés nouvelles sont discutées. Puisque l'obésité est une maladie chronique, son traitement devrait l'être aussi, du moins jusqu'à la mise en place de changements comportementaux suffisants pour maintenir le bénéfice pondéral [17].

Parmi de nombreuses publications récentes, voici un exemple d'étude qui illustre les bénéfices des thérapies cognitivo-comportementales et le souci constant des thérapeutes d'améliorer leurs stratégies. Rapoport *et al.* [18] comparent une approche cognitivo-comportementale classique (incluant un régime à 1 200 kcal par jour) à une approche modifiée (sans restriction des apports énergétiques ; sans se focaliser sur le poids), dans un programme constitué de 10 réunions hebdomadaires de groupes d'environ 10 patientes (IMC > 28 kg/m²). Après ces 10 semaines, les patientes avaient perdu 3,9 kg dans le groupe avec régime, et 1,3 kg dans l'autre groupe. La perte de poids était intégralement maintenue 12 mois après la fin du programme dans le premier groupe, alors que les patientes du groupe sans régime continuaient de perdre du poids. Ces pertes de poids sont effectivement très modestes mais elles ont été obtenues après 10 semaines seulement de traitement, et elles s'accompagnaient dans les deux groupes de nombreux bénéfices dont : baisse du cholestérol, de la pression artérielle, diminution du tour de taille (adiposité viscérale), amélioration des sentiments dépressifs, meilleure estime de soi, meilleur contenu nutritionnel de l'alimentation et augmentation de l'activité physique. Cette étude est un exemple parmi tant d'autres qui montrent que la recherche continue pour améliorer les bénéfices de l'approche cognitivo-comportementale, avec un souci de rigueur scientifique et d'évaluation objective.

À titre de comparaison, un article paru récemment dans le *Lancet* [19] présente les résultats obtenus avec le dernier médicament anti-obésité, le Rimonabant, un bloqueur des récepteurs endo-cannabinoïdes. Un an de traitement sous médicament et régime hypocalorique fait perdre entre 3,4 et 6,6 kg selon la dose administrée à des patients dont l'IMC dépasse 27 kg/m². Cette perte pondérale est du même ordre de grandeur que celles qu'ont rapportées depuis 30 ans les traitements fondés sur la modification des comportements sans pharmacothérapie. La pharmacothérapie a sans doute d'autres indications que la thérapie cognitivo-comportementale. Elle soulève la question des effets secondaires du médicament et du maintien à long terme des bénéfices pondéraux et métaboliques.

Quelques clés de la thérapie comportementale et cognitive

Quels sont les ingrédients importants de l'approche cognitivo-comportementale dans le cadre de la modification du poids corporel ? En voici quelques-uns. D'abord :

Identifier les comportements que l'on veut changer, qu'il s'agisse de la consommation elle-même d'aliments ou de boissons, de la sédentarité, de la perte de contrôle, etc. Ensuite, **fixer des objectifs**, soit en termes de comportements (éviter le grignotage par exemple), soit en termes physiologiques (perdre tant de kg), à court terme, moyen terme et long terme. Il est recommandé de procéder par petites étapes, en se fixant des objectifs modestes, à la portée du patient, à partir desquels il pourra encore avancer graduellement.

L'auto-surveillance est l'élément crucial de la thérapie cognitivo-comportementale. Le patient doit apprendre à observer et à rapporter son propre comportement. Les observations sont recueillies dans un carnet décrivant

toutes les prises alimentaires et les circonstances de la consommation, aussi bien extérieures (lieu, horaires, etc.) qu'intérieures (cognitions, émotion). Ces éléments sont discutés au cours des réunions hebdomadaires. C'est ainsi que les difficultés sont repérées et peuvent être surmontées. Il a été montré que la perte de poids est corrélée à l'exactitude et la franchise des auto-déclarations [20].

Le **contrôle des stimuli** externes et internes qui déclenchent les réponses alimentaires est important. Puisque le comportement est déterminé par les conditions de l'environnement, changer l'environnement mène à des changements du comportement. Il est important d'éliminer autant que faire se peut les signaux de l'environnement susceptibles de déclencher une consommation inappropriée (grandes portions, par exemple). À l'inverse, on peut augmenter les signaux favorisant un comportement désirable (par exemple, rendre les fruits plus accessibles chez soi). La notion de contrôle des stimuli qui commandent les comportements se retrouve dans plusieurs recommandations faites aux patients : faire ses courses après avoir mangé plutôt qu'avant, ne pas laisser des aliments trop tentants à portée de main, manger à des heures régulières dans un endroit approprié, éliminer les activités parasites pendant les repas (regarder la télé par exemple), etc. Les résultats associés à certaines de ces stratégies sont représentés à la figure 3, chez des personnes ayant perdu en moyenne 18 kg pendant 6 ans comparées à des sujets victimes du syndrome du yo-yo [21] : les personnes qui maintiennent bien leur perte de poids évitent de manger sans faim et s'abstiennent d'activités parasites pendant les repas.

Un entraînement à la **résolution des problèmes** fait partie de la thérapie cognitivo-comportementale. Chaque participant doit identifier les circonstances représentant

pour lui des difficultés particulières (préparer les repas de la famille, manger à l'extérieur, etc.) puis, avec l'aide du groupe, élaborer autant de solutions que possible. Après avoir évalué les différentes solutions proposées, celle qui semble la meilleure est choisie et mise en pratique. Le résultat de cette opération est à son tour évalué, et le processus de résolutions des problèmes est réitéré jusqu'à ce qu'une solution satisfaisante soit trouvée.

Beaucoup de temps et d'efforts sont consacrés à la **restructuration des cognitions**. Chacun doit identifier les pensées négatives qui nuisent à son projet d'amaigrissement, en particulier les pensées sur le mode « tout ou rien » et l'idée, sans doute fondée sur l'expérience, que l'échec est inévitable. Ces pensées sont évaluées, mises à l'épreuve, discutées, et des pensées alternatives sont proposées pour les remplacer. Enfin le problème de la **prévention des échecs** et des rechutes est abordé. Les participants sont invités à anticiper les situations susceptibles de les mettre en difficulté. Ils développent ensuite des stratégies pour surmonter ces situations difficiles. Ils élaborent un plan qui leur permettra d'éviter que des écarts ponctuels n'entraînent l'échec total de leur tentative. Le **soutien** du groupe est un élément important ; le soutien que le patient trouve dans son entourage, sa famille ou son cercle d'amis est également capital, en particulier pour favoriser la réussite à long terme.

Quelques problèmes

Lorsque les thérapies comportementales ont été initialement proposées, il a été suggéré qu'elles pourraient être réalisées simplement, facilement, au cours de programmes courts supervisés par des personnes (diététiciens, personnel infirmier, etc.) auxquelles on pouvait faire acquérir rapidement les compétences nécessaires [5]. Cette notion était beaucoup trop optimiste. Contrairement à ce que l'on a pu laisser croire au départ, la conduite d'une thérapie cognitivo-comportementale demande du temps et de la motivation, aussi bien de la part du patient que du thérapeute. Le dépouillement de carnets alimentaires et l'identification des facteurs importants de l'environnement sont des tâches exigeantes qui demandent de la perspicacité et une bonne connaissance des moteurs du comportement. Malheureusement, on trouve peu de gens formés à cette approche en France. La question de la compétence du thérapeute est aussi très importante. Depuis ses débuts, la thérapie cognitivo-comportementale a surtout été réalisée par des psychologues possédant une formation adéquate. Elle peut aussi être mise en œuvre par des diététiciens ou des médecins nutritionnistes qui ont reçu une formation, cependant les résultats sont meilleurs lorsque l'équipe soignante comprend des psychologues [22]. En France, les psychologues formés à ces techniques sont peu nombreux.

Nous manquons d'études françaises publiées décrivant les méthodes et les résultats de telles thérapies, comparés à ceux de traitements plus traditionnels. Il existe apparemment en France de nombreux thérapeutes, médecins, diététiciens ou psychologues, qui appliquent certains éléments de la démarche cognitivo-comportementale dans le traitement du surpoids, mais leurs résultats sont rarement objectivés et évalués. Ce manque de données fiables est un problème grave, car il ouvre la voie à des allégations invérifiables et à des aventures thérapeutiques dont les patients peuvent faire les frais.

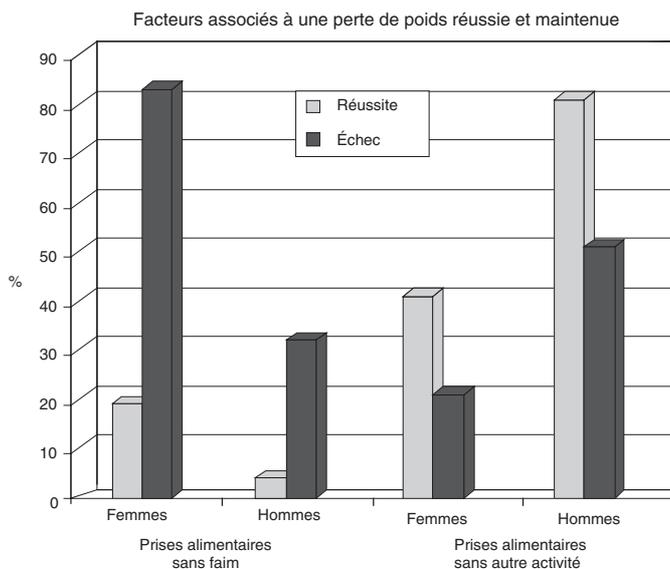


Figure 3.

Comportements associés au maintien d'une perte de poids de 18 kg pendant 6 ans (en moyenne) chez 66 hommes et femmes (en gris clair) comparés à 46 personnes présentant le syndrome du « yoyo » (en gris foncé). À gauche, pourcentage de gens qui mangent sans faim entre les repas : très faible chez les gens qui ont réussi à maigrir, très élevé chez les victimes du yoyo. À droite, pourcentages de gens qui évitent de faire autre chose pendant qu'ils mangent : élevé chez les personnes qui ont réussi à maigrir, plus bas chez les victimes du yoyo. D'après [20].

Bien évidemment, tous les patients ne répondent pas à la thérapie cognitivo-comportementale. Certains patients peuvent se trouver dans une situation pathologique (par exemple : dépression grave, alcoolisme, etc.) qui empêche en première intention la mise en œuvre d'une approche cognitivo-comportementale de traitement du surpoids (il existe d'ailleurs des thérapies cognitivo-comportementales spécifiquement consacrées à la dépression et à l'alcoolisme). Certains n'ont pas les dispositions mentales ou la motivation nécessaires. Il peut être difficile de modifier des habitudes anciennes, bien ancrées dans les réponses du patient à un environnement qu'on ne peut guère changer (pour des raisons économiques par exemple). Les risques associés à l'obésité massive peuvent exiger un traitement plus agressif. Selon les cas, d'autres approches sont disponibles, régimes, pharmacothérapie ou même chirurgie. Ces approches ont leurs indications, leurs bénéfices, leurs limites et leurs effets secondaires. Aujourd'hui, il est clair que les thérapies cognitives et comportementales représentent les approches les plus brèves et les moins coûteuses, les mieux évaluées et sans doute les plus efficaces pour obtenir une modification des comportements alimentaires. Fairburn *et al.* [23] ont récemment montré qu'elles agissent particulièrement bien sur les facteurs d'auto-entretien des troubles alimentaires, en particulier sur la restriction cognitive. Ce qu'elles ne font pas, et n'ont jamais prétendu faire, c'est explorer les problématiques fondamentales des patients qui souffrent de pathologies alimentaires pour lesquelles l'approche analytique propose une démarche entièrement différente.

En dehors des problèmes associés au manque de thérapeutes compétents, il faut reconnaître qu'il est plus difficile dans le monde d'aujourd'hui de mettre en application les principes des thérapies cognitivo-comportementales qu'il y a 20 ou 40 ans. L'environnement alimentaire s'est considérablement modifié et le « contrôle des stimuli » devient une tâche complexe qui relève de l'exploit. L'omniprésence d'encouragements à consommer des produits de valeur nutritionnelle discutable bombarde littéralement celui ou celle qui voudrait limiter cette stimulation à des lieux et à des horaires appropriés. La survalorisation de la minceur qui s'est beaucoup accentuée au cours des dernières décennies rend les objectifs pondéraux modestes (la perte de quelques kilos) très peu motivants pour un public mal informé, tenté par les produits et les régimes miracles proposés aussi bien dans les journaux dits « féminins », que dans la vitrine des pharmaciens. Les préjugés ambiants du corps social, méprisant la réussite évidente que représente une perte de poids même modeste, constituent un obstacle majeur. Il est difficile de prévenir les rechutes quand le patient se trouve régulièrement incité à revenir à ses convictions passées par ses interlocuteurs familiaux, médicaux et médiatiques (Michelle Le Barzic, communication personnelle).

Conclusion

Quarante ans de publications dans des revues scientifiques à comité de lecture montrent qu'il est possible d'induire une réduction modeste du poids corporel (10-15 kg) de façon relativement durable (1-2 ans) sans recourir aux médicaments, par des moyens qui relèvent de la prise de contrôle par le patient de son propre comportement. Cette approche cognitivo-comportementale ne prétend

évidemment pas transformer un patient massivement obèse en top model, et c'est peut-être l'un de ses avantages. La démonstration des multiples bénéfices physiologiques associés à une perte de poids modeste [13] a conduit nombre de spécialistes de l'obésité à considérer qu'un amaigrissement représentant 5-10 % du poids corporel constitue un objectif parfaitement valable. La thérapie cognitivo-comportementale de la surcharge pondérale paraît donc l'une des approches, parmi d'autres, susceptibles d'aider certaines personnes à atteindre cet objectif. En France, la question de la formation et de la compétence des thérapeutes est ouverte, de même que celle de l'évaluation des méthodes pratiquées et des résultats effectivement obtenus.

Résumé

Peut-on changer les comportements alimentaires afin de favoriser le contrôle pondéral et même l'amaigrissement ? Depuis 40 ans, des dizaines d'articles ont été publiés dans des revues internationales à comité de lecture décrivant des traitements de modifications des comportements dans un but de réduction pondérale. Cet article présente d'abord un historique des méthodes proposées et de leurs résultats. Depuis les premiers traitements visant exclusivement les comportements (sans régimes restrictifs associés) jusqu'aux thérapies cognitivo-comportementales récentes, les études ont fait état de pertes pondérales modestes, accompagnées de nombreux bénéfices métaboliques, nutritionnels et psychologiques. Le maintien de ces bénéfices au-delà de la durée du programme est au moins aussi bon que celui des autres types de traitement ; les recherches actuelles portent sur les moyens d'améliorer la pérennisation des bénéfices à long terme. Les principaux éléments des thérapies cognitivo-comportementales sont brièvement décrits. Enfin, les difficultés particulières associées à ces approches en France sont abordées.

Mots-clés : Thérapie cognitivo-comportementale – Comportement alimentaire – Surcharge pondérale – Obésité – Restriction.

Abstract

Is it possible to modify intake behaviors for body weight control purposes? Over the last 40 years, dozens of international, peer-reviewed articles have described behavior modification approaches aiming at body weight reduction. The present article first presents a historical account of behavioral methods and their results. From the early therapies exclusively addressing behaviors (excluding restrictive diets) until the recent cognitive-behavioral treatments, published studies have reported modest weight losses associated with numerous metabolic, nutritional and psychological benefits whose maintenance, beyond the treatment duration, appear reasonably good. Recent studies specifically address the conditions of long-term maintenance. The main elements of behavioral-cognitive treatments are described briefly. Finally, the particular problems associated with these approaches in the French context are underlined.

Key-words: Cognitive-behavioral therapy – Food intake behavior – Overweight – Obesity – Dietary restraint.

Bibliographie

- [1] Lahlou S. – Peut-on changer les comportements alimentaires ? *Cah. Nutr. Diét.*, 2005, **40**, 91-96.
- [2] Lewin K. – Forces behind food habits and methods of change. *Bull. Nat. Res. Council*, 1943, **108**, u35-65.
- [3] Simon C., Wagner A., DiVita C. *et al.* – Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results. *Int. J. Obes.*, 2004, **28**, Suppl. 3, S96-S103.
- [4] Stuart R.B. – Behavioral control of overeating. *Beh. Res. Ther.*, 1967, **5**, 357-365.
- [5] Stunkard A.J. – Presidential address-1974: From explanation to action in psychosomatic medicine: The case of obesity. *Psychosom. Med.*, 1975, **37**, 195-236.
- [6] Stunkard A.J. – Behavioral treatment of obesity; the current status. *Int. J. Obes.*, 1978, **2**, 237-248.
- [7] Wing R.R., Gorin A., Tate D. – Strategies for changing eating and exercise behavior. In: "Present Knowledge in Nutrition, 8th Edition. (B.A. Bowman, R.M. Russell eds.)." *ILSI Press*, Washington, Chapitre 57, 2001, 650-661.
- [8] Herman C.P., Mack D. – Restrained and unrestrained eating. *J. Personal.*, 1975, **43**, 647-660.
- [9] Herman C.P., Polivy J. – Restrained eating. In: "Obesity. (A.J. Stunkard ed.)." *Saunders*, Philadelphie, 1980, 208-225.
- [10] Stunkard A.J., Messick S. – The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J. Psychosom. Res.*, 1985, **29**, 71-83.
- [11] Westenhoefer J., Stunkard A.J., Pudel V. – Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *Int. J. Eat. Disord.*, 1999, **26**, 53-64.
- [12] Le Barzic M. – Le syndrome de restriction cognitive : de la norme au désordre du comportement alimentaire. *Diab. Métab.*, 2001, **27**, 512-516.
- [13] Goldstein D.J. – Beneficial health effects of modest weight loss. *Int. J. Obes.*, 1992, **16**, 397-415.
- [14] Wadden T.A., Sternberg J.A., Letizia K.A., Stunkard A.J., Foster G.D. – Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. *Int. J. Obes.*, 1989, **13**, 39-46.
- [15] Craighead L.W., Stunkard A.J., O'Brien R. – Behavior therapy and pharmacotherapy of obesity. *Arch. Gen. Psych.*, 1981, **38**, 763-768.
- [16] Mitchell J.E. – Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 2001, **24**, 315-323.
- [17] Westenhoefer J., von Falck B., Stellfeldt A., Fintelmann S. – Behavioural correlates of successful weight reduction over 3 y. Results from the Lean Habits Study. *Int. J. Obes.*, 2004, **28**, 334-335.
- [18] Rapoport L., Clark M., Wardle J. – Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *Int. J. Obes.*, 2000, **24**, 1726-1737.
- [19] Van Gaal L.F., Rissanen A.M., Scheen A.J., Ziegler O., Rossner S. – RIO-Europe Study Group. Effects of the cannabinoid-1 receptor blocker rimonabant on weight reduction and cardiovascular risk factors in overweight patients: 1-year experience from the RIO-Europe study. *Lancet*, 2005, **365**, 1189-1197.
- [20] Wadden T.A., Letizia K.A. – Predictors of attrition and weight loss in patients treated by moderate and severe caloric restriction. In: "Treatment of the seriously obese patient. (T.A. Wadden, T.B. Van Itallie eds.)." *Guilford Press*, New York, 1992, 383-410.
- [21] Westenhoefer J., Stellfeldt A., Martens W., Nommensen B. – Behavioural factors associated with successful weight loss and maintenance. <http://www.rzbd.fh-hamburg.de/~m6500005/gewverl/posterico.html>, poster, International Congress of Obesity, Paris, 1998.
- [22] Paulsen B.K., Lutz R.N., McReynolds W.T., Kohrs M.B. – Behaviour therapy for weight control: long term results of two programs with nutritionists as therapists. *Am. J. Clin. Nutr.*, 1976, **29**, 880-888.
- [23] Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. – Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav. Res. Ther.*, 2003, **41**, 509-528.