

PRÉVENIR LA REPRISE DE POIDS

Mathieu Baron - Laurie Graillat
20/12/2024

CAS CLINIQUE

- Été 2023 : Me T Elisa 37 ans, vient vous rencontrer en consultation, car elle a **entendu parler d'un traitement qui fait perdre du poids**, et qui peut se prescrire à l'hôpital.
- Elle explique que ce sont les gynécologues du centre de **PMA** où elle s'est rendue qui lui **ont demandé d'atteindre un certain objectif pondéral** (IMC 32 kg/m²) avant de pouvoir démarrer une **FIV**.
- Elle est originaire de Polynésie Française et vit avec son mari à Montauban, militaire. Elle n'a pas d'activité professionnelle, et se décrit un peu isolée.
- Antécédents personnels : SAOS appareillé, G4P2, 2 FCS et un décès néonatal
- Elle fait **98,8 kg** pour 1,51 m soit un **IMC à 43,3 kg/m²**.
- Histoire pondérale : poids de forme entre 48 et 52 kg. Première phase de prise de poids vers 2012, grossesses et FCS, jusqu'à 60 kg jusqu'en 2017. Puis elle met en lien l'arrivée en France, difficultés d'adaptation, inflexibilité thymique, avec une ascension pondérale jusque 92 kg en 2022, puis 99 kg.
- Vous calculez avec elle qu'**il lui est demandé une perte de poids de 26 kg soit 26 % de son poids corporel**.

CAS CLINIQUE

- **Sur le plan diététique :**

- Peu d'apports en légumes, alimentation à tendance déséquilibrée
- Hyperphagie prandiale essentiellement sur les féculents,
- Se ressert (par gourmandise)
- Difficulté à percevoir à la fois sensation de faim et satiété
- Alimentation émotionnelle,
- Prises alimentaires déclenchées par l'ennui
- Boissons sucrées
- Habitudes alimentaire - coutumes polynésiennes - Education

- **Sur le plan de l'activité physique :**

- Ménage chez elle,
- Déplacements en voiture,
- Inscrite à la salle de sport mais ne s'y rends pas

Parmi les propositions ci-dessous, laquelle vous paraît la plus probable

- L'objectif de perte de 26 % du poids corporel est très probablement atteignable avec la **chirurgie bariatrique**
- L'objectif de perte de 26 % du poids corporel est très probablement atteignable avec les **AGLP1**
- L'objectif de perte de 26 % du poids corporel est très probablement atteignable avec une **modification du mode de vie** (diététique, activité physique, psychologique)

Perte de poids moyenne % poids corporel

CHIRURGIE BARIATRIQUE	NOUVEAUX MEDICAMENTS (aglp1, gip..)	Modifications mode de vie
16-25 % (SOS study)	15-20 %	5-10 %

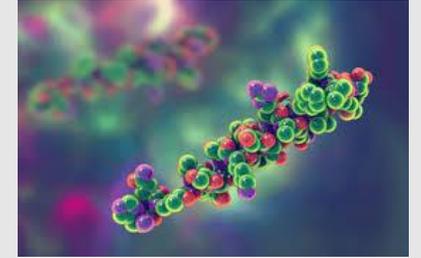
Liraglutide 3 mg (Saxenda®) Astrup et coll. *Lancet* 2009 : 35 % perdent **10 %** de leur poids

Semaglutide 2,4 mg (Wegovy®) 68 semaines STEP 1 et 3 : **-14,9 % à -16,0 %**

Tirzépatide (Mounjaro) 36 semaines SURMOUNT 4 : **- 20,9%**

NB : Exemple régime hypocalorique : étude OPTIFAST (600-900 kcal/jour) = 17% à 6 mois

Une entéro-hormone phare : GLP1



- **GLP1**

- produit par les cellules intestinales L de l'intestin après le passage des nutriments dans l'iléon distal
- Cellules L = environ la moitié des cellules entéro-endocrines

Actions sur le métabolisme glucidique : hormone fortement **anti-hyperglycémiant**e

Ralentit la vidange gastrique

Action centrale : **diminue la faim, augmente la sensation de satiété**

- Physiologiquement, activation de la sécrétion de GLP1 par les nutriments et influence par le microbiote via les acides gras à chaînes courtes

Augmentation après la chirurgie bariatrique de la sécrétion du GLP1, GLP2, GIP et du polypeptide Y.

Augmentation semblable entre SG et BPY

Mounjaro (tirzépatide) Saxenda (liraglutide) Wegovy (sémaglutide)

- **Propositions ANSM**

- En cas d'échec de perte de poids inférieure à 5 % en 6 mois, en seconde intention
- Initié dans les centres de niveau 2 (en ville par des spécialistes de la prise en charge de l'obésité) et 3 (CSO ou équivalents)
- Ou en première intention dans les prises en charge complexes, en cas d'obésité compromettant l'autonomie ou entraînant une altération sévère de la fonction d'un organe et pour lesquels les modifications du mode de vie sont limitées.

- **Problématique de la durée du traitement :**

- **Semaglutide** STEP 1 et 3 « **dans le cadre d'arrêt du protocole thérapeutique à 68 semaines de traitement, une reprise de poids était observée** »
- **Tirzépatide** SURMOUNT-4 :
- **Après une perte de poids** de -20,9 % pendant les 36 premières semaines,
- **Puis** 2 groupes : **placebo** et poursuite du traitement
- les **52 semaines suivantes** ont été marquées par
 - **une reprise de poids de +14 % dans le groupe placebo**
 - et par une perte de poids supplémentaire de -5,5 % dans le groupe tirzépatide

Cas clinique

- Me T est **éligible à l'accès précoce du SEMAGLUTIDE, vous l'introduisez.**
 - **Par ailleurs** vous lui proposez :
 - De mettre en place une activité physique régulièrement,
 - D'initier un suivi psychologique,
 - D'améliorer son équilibre alimentaire notamment en diminuant la consommation des boissons sucrées
 - **Suivi :**
 - **Tolérance bonne, peu d'effets indésirables digestifs**
 - Efficacité : **patiente répondeuse au traitement,**
 - À la dernière consultation en novembre 2024 : 71 kg imc 31,5 kg/m², **objectif pondéral atteint**
 - Sur le plan diététique : diminution des quantités par une meilleure écoute et adaptation autour de ses sensations alimentaires, repère assiette, arrêt boissons sucrées
 - Sur le plan de l'activité physique : marche et footing uniquement avec son conjoint, a le projet de s'inscrire de nouveau avec lui à la salle de sport
- Projet d'arrêt du GLP1 pour**
- **PMA : arrêt 6 semaines avant démarrage du protocole**
 - **+ fin de l'accès précoce... ne pourra pas se le financer.**

Quels facteurs pourraient favoriser la reprise de poids chez cette patiente ?

Définition et prévalence reprise de poids

- **Peu d'études et de données encore concernant la reprise de poids après les traitements..**
- **Définition** de la reprise de poids significative après chirurgie bariatrique
 - problème de **définitions multiples**
 - **dernière définition IFSO** : reprise de **30 %** de la perte pondérale maximale
- **Prévalence**
 - Chirurgie bariatrique :
 - **9 à 91 %** Majid SF, et al. *Current state of the definition and terminology related to weight recurrence after metabolic surgery: review by the POWER Task Force of the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Surg Obes Relat Dis. 2022*
 - **30 % environ des patients**

Lauti M, Lemanu D, Zeng ISL, et al. *Definition determines weight regain outcomes after sleeve gastrectomy. Surg Obes Relat Dis: Of J Am Soc Bariatric Surg. 2017;13(7) 37 %*

Voorwinde V, Hoekstra T, Montpellier VM, et al. *Five-year weight loss, physical activity, and eating style trajectories after bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. 2022 36% 5 ans post op*



PLUSIEURS FACTEURS
IDENTIFIÉS DANS LA
LITTÉRATURE

En lien avec montage chirurgical

dilatation sleeve, de la néo-poche, fistule gastro-gastrique, diamètre anastomose gastro-jéjunale > 2 cm

Peu d'études avec prévalence, résultats discordants

Yimcharoen P, Heneghan HM, Singh M, et al. Endoscopic findings and outcomes of revisional procedures for patients with weight recidivism after gastric bypass. *Surg Endosc.* 2011 **dilatation néo-poche gastrique chez 28 %**

Heneghan HM, Yimcharoen P, Brethauer SA, et al. Influence of pouch and stoma size on weight loss after gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* 2012

Tolvanen L, Christenson A, Surkan PJ, et al. Patients' experiences of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2022

El Ansari W, Elhag W. Weight regain and insufficient weight loss after bariatric surgery: definitions, prevalence, mechanisms, predictors, prevention and management strategies, and knowledge gaps-a scoping review. *Obes Surg.* 2021

Shelby RD, Atkins KD, et al. Weight regain after bariatric surgery: scope of the problem, causes, prevention, and treatment. *Curr Diab Rep.* 2023

Parry L. *Weight Regain* Idris; I, Awad; S, Nimeri. A, editors. *Handbook of metabolic and bariatric surgery.* 1st ed. USA: John Wiley & Sons Ltd; 2023

Haslam D, Malhotra A, Capehorn MS. *Bariatric surgery in clinical practice.* Springer International Publishing; 2022.

Alverdy J, Vigneswaran Y. *Difficult decisions in bariatric surgery.* Springer International Publishing; 2020.

Facteurs psychologiques et pathologies psychiatriques

- Mental health and weight regain after bariatric surgery: associations between weight regain and psychiatric and eating-related comorbidities *Appolinario Arch Endocrinol Metab* **2024** Jul 12 Mauro et al
 - 90 patients, By Pass
 - **Reprise de poids chez 55,6 % des patients**
 - Définition reprise > 20% perte pondérale maximale
 - En analyse contrôlée, facteur de reprise de poids : seulement **hyperphagie boulimique « actuelle»**,
 - Avec des **difficultés diagnostique « perte de contrôle »** dans le contexte post opératoire, sous estimation possible
 - **Antécédent de boulimie nerveuse, TOC, mésusage alcool**
 - **Autres caractéristiques comportementales alimentaires** : Impulsivité alimentaire, niveau de faim élevés, désinhibition alimentaire
- Patients avec ≥ 2 pathologies psychiatriques : risque $\approx 6x$ supérieur de présenter une reprise de poids secondaire ou une perte pondérale insuffisante que ceux ≤ 1 pathologie psychiatrique

Rutledge T, Groesz LM, Savu M. Psychiatric factors and weight loss patterns following gastric bypass surgery in a veteran population. Obes Surg. 2011;21:29-35.

Alvarez V et al. Mechanisms of long-term weight regain in patients undergoing sleeve gastrectomy. Nutrition. mars 2016

Métaboliques – entéro-hormones

- Grheline 
- GLP1 GIP PYY 
- Hypoglycémies post By pass 

Bohdjalian A, Langer FB, Shakeri-Leidenmühler S, et al. Sleeve gastrectomy as sole and definitive bariatric procedure: 5-year results for weight loss and ghrelin. Obes Surg. 2010;20:535-40.

Santo MA, Riccioppo D, Pajacki D, et al. Weight regain after gastric bypass: influence of gut hormones. Obes Surg. 2016;26:919-25.

Zalesin KC, Franklin BA, Miller WM, et al. Preventing weight regain after bariatric surgery: an overview of lifestyle and psychosocial modulators. Am J Lifestyle Med SAGE Publications. 2010;4:113-20.

Tamboli RA, Breitman I, Marks-Shulman PA, et al. Early weight regain after gastric bypass does not affect insulin sensitivity but is associated with higher ghrelin levels. Obes Silver Spring Md. 2014;22:1617-22.

Meguid MM, Glade MJ, Middleton FA. Weight regain after Roux-en-Y: a significant 20% complication related to PYY. Nutr Burbank Los Angel Cty Calif. 2008;24:832-42.

Komer J, Conroy R, Febres G, et al. Randomized double-blind placebo-controlled study of leptin administration after gastric bypass. Obes Silver Spring Md. 2013;21:951-6.

Conroy R, Febres G, McMahon DJ, et al. Recombinant human leptin does not alter gut hormone levels after gastric bypass but may attenuate sweet cravings. Int J Endocrinol. 2014;2014:120286.

Au niveau cellulaire.. Mémoire métabolique

nature

[Explore content](#) ▾ [About the journal](#) ▾ [Publish with us](#) ▾

[nature](#) > [articles](#) > [article](#)

Article | [Open access](#) | Published: 18 November 2024

Adipose tissue retains an epigenetic memory of obesity after weight loss

[Laura C. Hinte](#), [Daniel Castellano-Castillo](#), [Adhideb Ghosh](#), [Kate Melrose](#), [Emanuel Gasser](#), [Falko Noé](#), [Lucas Massier](#), [Hua Dong](#), [Wenfei Sun](#), [Anne Hoffmann](#), [Christian Wolfrum](#), [Mikael Rydén](#), [Niklas Mejhert](#), [Matthias Blüher](#) & [Ferdinand von Meyenn](#) 

[Nature](#) (2024) | [Cite this article](#)

194k Accesses | **1** Citations | **3829** Altmetric | [Metrics](#)

Diététique, alimentaire, comportemental

- **Déséquilibre alimentaire**, en macronutriment glucidique
 - **Majoration de la ration calorique** (> 2000 kcal)
 - Calories **liquides**
 - **Grignotages**
 - Consommation d'**alcool**
 - **Compulsions** alimentaires
 - **Restriction cognitive**
 - **Alimentation émotionnelle**
- Absence d'écoute de ses sensations alimentaires
 - Manque d'analyse autour de son comportement alimentaire
 - Problématique du rythme alimentaire en lien avec ses sensations alimentaires
 - Habitudes alimentaires, Education, représentations nutritionnelles...



Da Silva FBL et al. Poor diet quality and postoperative time are independent risk factors for weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition*. déc 2016

Amundsen T, et al. Suboptimal Weight Loss and Weight Regain after Gastric Bypass Surgery-Postoperative Status of Energy Intake, Eating Behavior, Physical Activity, and Psychometrics. *Obes Surg*.2017;27(5)

Bakr AA, et al. Analysis of Medium-Term Weight Regain 5 Years After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *OBES SURG*. nov 2019;

Monpellier VM, et al Weight Change After Roux-en Y Gastric Bypass, Physical Activity and Eating Style: Is There a Relationship? *OBES SURG*. févr 2019

Pizato N et al. Effect of Grazing Behavior on Weight Regain Post-Bariatric Surgery: A Systematic Review. *Nutrients*. déc 2017;9(12).

Nicolau J, et al. Postoperative grazing as a risk factor for negative outcomes after bariatric surgery. *Eating Behaviors*. août 2015sommation d'alcool

Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obes Silver Spring Md*. 2008;16:615-22.

Activité physique insuffisante

- Seulement 10 à 24 % des patients à l'objectif des recommandations d'activité physique pour la population générale
 - > 150 minutes par semaine activité physique intensité modérée
 - Renforcement musculaire 2/3 fois par semaine
 - Limiter le temps de sédentarité



Rosenberger PH, Henderson KE, White MA, et al. Physical activity in gastric bypass patients: associations with weight loss and psychosocial functioning at 12-month follow-up. *Obes Surg.* 2011;21:1564-9.

King WC, Hsu JY, Belle SH, et al. Pre- to postoperative changes in physical activity: report from the longitudinal assessment of bariatric surgery-2 (LABS-2). *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* 2012;8:522-32.

Livhits M, Mercado C, Yermilov I, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obes Surg.* 2012;22:70-89.

Amundsen T, et al. Suboptimal Weight Loss and Weight Regain after Gastric Bypass Surgery-Postoperative Status of Energy Intake, Eating

Behavior, Physical Activity, and Psychometrics. *Obes Surg.* 2017

Freire RH et al Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition.* janv 2012

Absence de suivi

- **Association significative avec reprise de poids**

Freire RH, Borges MC, Alvarez-Leite JI, et al. Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. Nutr Burbank Los Angel Cty Calif. 2012;28:53-8.

- **2/3 des patients ayant repris du poids n'avaient pas maintenu de suivi**

Magro DO, Geloneze B, Delfini R, et al. Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. Obes Surg. 2008;18:648-51

Fahmy MHA, et al. Early Weight Recidivism Following Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Prospective Observational Study. OBES SURG. nov 2016



MAINTENIR LA PERTE DE POIDS

Quel conseil souhaitez vous donner à Me T
Elisa, pour que le poids se stabilise à l'arrêt du
traitement ?

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'adulte

Nota Bene : la relecture orthographique et grammaticale du texte n'a pas encore été effectuée.

« Littérature sur le maintien rare

Mécanismes puissants de maintien des réserves énergétiques (...) agissent comme si le poids maximum atteint était le poids de consigne

Ces mécanismes ont **peu de lien avec la volonté** (...)

Baisse des dépenses énergétiques et à des **adaptations endocriniennes** qui augmentent l'appétit et diminuent la satiété,

Créant ainsi une **résistance à la poursuite de la perte de poids et à son maintien à long terme**

Par ailleurs, le **rôle des structures centrales** impliquées dans la **motivation** et la **récompense** comme le **système mésolimbique dopaminergique**, où se définit la **valeur hédonique** des aliments,

ne doit pas être négligé

et son **dérèglement** peut entraîner des **troubles du comportement alimentaire** »

« ANTICIPER ET ACCOMPAGNER LES ECARTS »



« Anticiper les difficultés et prévoir des stratégies pour maintenir (...) sur la durée »

- **Aider la personne à :**

- **comprendre les modifications physiologiques** liées à la perte de poids, les résistances à la poursuite de la perte de poids et à son maintien à long terme
 - **limiter la culpabilité et l'auto-dévalorisation : facteurs importants de démotivation**

- **à anticiper les situations d'écarts ou de difficultés à rester dans les objectifs définis dans le projet de soins**

- préparer avec la personne des **plans d'action** : « Si je suis confrontée à...alors »
- **analyser les moments de la journée** où l'appétit est augmenté (*où l'envie de manger est présente*)
- **identifier les situations** pour lesquelles la personne pourrait être tentée de **manger au-delà de la satiété et/ou de diminuer son activité physique, et d'augmenter ses comportements sédentaires**
- identifier les situations qui nécessitent une **anticipation** et la **préparation de scénario** visant à s'adapter ou à faire face à une situation nouvelle ayant un impact sur les objectifs qu'elle poursuit sur le plan de l'alimentation, de l'activité physique, des émotions : **voyages, moments festifs, pertinence de parler de son problème de santé, etc.**
- rechercher avec la personne la manière de rééquilibrer l'alimentation, de réguler l'appétit, de poursuivre régulièrement une activité physique, de diminuer les comportements sédentaires, notamment les temps d'écran, et d'augmenter les ruptures de sédentarité



« Anticiper les difficultés et prévoir des stratégies pour maintenir (...) sur la durée »

- « **Lutter contre les règles rigides**

- que certaines personnes s'imposent ou qui leur sont imposées par les professionnels de santé (objectifs irréalistes, difficilement intégrables au mode de vie et au contexte de vie)
- et qui conduisent à **la frustration, à un sentiment d'échec, à la culpabilité** pouvant induire une rupture du parcours
- rechercher avec elle des moyens de **modérer la fatigue comportementale** c'est-à-dire la lassitude liée à la monotonie, même si les modifications des habitudes de vie sont entrées dans une routine :
 - varier l'alimentation, les types d'activité physique, encourager la pratique en groupe
- encourager la personne, à **trouver du soutien psychologique, une aide à la motivation**, un soutien à ses efforts en cherchant à impliquer famille ou proches, amis. »

« Accompagner les situations d'écarts ou de difficultés à rester dans les objectifs définis »

- **Dédramatiser** la situation, maintenir la **confiance** avec la personne soignée, **l'aider à se remettre** sur la bonne voie, **éviter l'abandon** du parcours
- **Valoriser tout changement**, tout progrès, et s'il y a lieu, toute évolution positive de l'état de santé **même si le poids stagne : ou en présence d'un regain progressif de poids**
 - diminution de la pression artérielle, diminution de la glycémie, diminution des symptômes, etc
- **S'interroger ensemble sur la pertinence des objectifs** du projet de soins et les reformuler, si besoin, en les assortissant d'une **date d'évaluation** ;
- accompagner la persévérance :
 - utiliser les photos « avant - après »
- **Rompre le cycle des pensées négatives** : aider les personnes à **reconnaître les croyances et les schémas de pensée** qui conduisent à ces pensées négatives, prendre conscience de la fatigue ou de la lassitude comportementale
- prévenir les difficultés par une anticipation des situations à risque d'écart aux objectifs : aider la personne à trouver des solutions alternatives à l'envie de manger déclenchée dans certaines situations (de stress, d'ennui...)
- **Renforcer la flexibilité cognitive** : apprendre à la personne à **s'adapter** lorsque les plans d'anticipation ne se déroulent pas comme prévu : source de satisfaction

Approche Type TCC

- **Identification** des déclencheurs et des comportements problématiques
- **Restructuration** cognitive
 - Identifier des schémas de pensées (« tout ou rien » par exemple)
- Etablissement d'objectifs **Réalistes**

Objectifs SMART : Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, et Temporellement définis

La thérapie comportementale pour prévenir la reprise de poids : stratégies pour maintenir les acquis à long terme Dr Stéphane Bach 05 juil. 2024

Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. K Elfhag 1, S Rössner, Obesity Review 2005

Dombrowski SU, et al. "Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials." BMJ, 2014.

Approche type TCC

Auto-évaluation / auto-surveillance

- **Suivi régulier** de l'**alimentation**, de l'**activité physique** et du **poids corporel** : **plus de succès dans le maintien de la perte de poids**
- Surveillance du **poids**
 - **Patients plus en conscience de leur situation et de leur comportement alimentaire**
- Objectif atteint et réaliste de perte de poids fixé par le patient : plus favorable au maintien

Burke LE, Wang J, Sevick MA. "Self-monitoring in weight loss: a systematic review of the literature." Journal of the American Dietetic Association, 2011.

Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. Int J Obes Relat Metab Disord 2003;

Approche type TCC

Contrôle des stimuli

- **Modifier l'environnement**

- comportement alimentaire fortement influencé par les signaux environnementaux

- Mettre en place **stratégies alternatives pour gérer stress** sans recourir à la nourriture

- - pleine conscience ou de la méditation.
- relaxation, respiration profonde.
- L'exercice physique comme moyen de gestion du stress.
- La tenue d'un journal émotionnel pour identifier les liens entre émotions et alimentation.

Papies EK. "Health goal priming as a situated intervention tool: how to benefit from nonconscious motivational routes to health behaviour." Health Psychology Review, 2016

Tapper K. "Mindfulness and craving: effects and mechanisms." Clinical Psychology Review, 2018.

Diététique

- **Protéines ?**

- Contexte chirurgie bariatrique, **études discordantes** sur la perte de poids et la masse musculaire

- Revue de la littérature publiée en 2021 : seules 2 sur 5 études retrouvaient un intérêt à la supplémentation protidique, avec un objectif supérieur à 60 g par jour, dans la préservation de la masse maigre

- Une étude favorable concernant la supplémentation en protéines de patientes ayant repris du poids à distance d'un By Pass :

- 0.5 g/kg of the ideal body weight

- Protein intake after BS preserves lean muscle mass, increases satiety, and improves and promotes weight loss (1.86 kg, $p = 0.017$),

Lopes Gomes D, Moehlecke M, Lopes da Silva FB, et al. Whey protein supplementation enhances body fat and weight loss in women long after bariatric surgery: a randomized controlled trial. Obes Surg. 2017;27:424-31.

- Rythme alimentaire - mise en place de collations régulières et lien avec le CA

- Ecoute de ses sensations alimentaires : Faim ? / satiété

- Habitudes alimentaires - Education - représentations nutritionnelles - analyse de ses échecs passés et lien avec le CA

- Plaisir alimentaire / qualité Vs quantité (temps de repas, mastication...)



Cf Atelier diététique :
pleine conscience, trucs et astuces au-delà des « régimes »

(Mme Lijeron, Mme Dissegna)



Activité physique

Patients qui réussissent à maintenir leur perte de poids à long terme pratiquent généralement plus d'activité physique que la moyenne

Des pistes ?

Fractionner l'activité

- Répartir l'exercice en plusieurs sessions courtes tout au long de la journée peut le rendre plus gérable

Choisir des activités **plaisantes**

- Opter pour des formes d'exercice que l'on apprécie augmente la probabilité de maintenir l'habitude à long terme.

Utiliser les **déplacements actifs**

- Marcher ou faire du vélo pour les trajets quotidiens est un excellent moyen d'augmenter l'activité physique.

Intégrer l'exercice aux **activités sociales**

- Planifier des activités physiques avec des amis ou en famille peut renforcer la motivation.

Planification et établissement d'objectifs : **SMART**

Auto-surveillance : Utiliser des applications de suivi d'activité ou des journaux d'exercice

Gestion des barrières perçues : Identifier et anticiper les obstacles potentiels (manque de temps, fatigue, etc.), développer des stratégies pour les surmonter.

Renforcement positif

La thérapie comportementale pour prévenir la reprise de poids : stratégies pour maintenir les acquis à long terme Dr Stéphane Bach 05 juil. 2024

Catenacci VA, Wyatt HR. "The role of physical activity in producing and maintaining weight loss." Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism, 2007

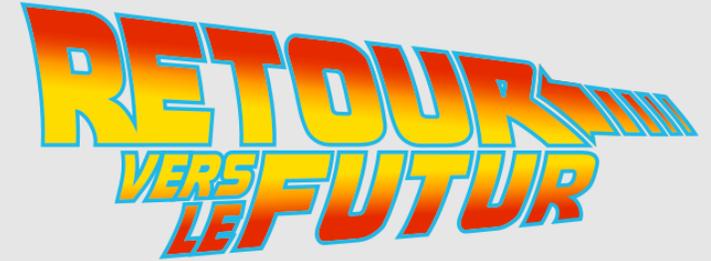


Cf atelier sport sur ordonnance !

Dr Valérie Megret, + APA, Mr Quentin Viarnes



Septembre 2025...



- Me T revient vous voir, car elle **n'a plus le traitement depuis février**
- La procédure de PMA n'a pas pu se mettre en place.
- Le poids est remonté, + 8 kg, 79 kg, IMC 35 kg/m²..

Programme d'ETP en groupe, à destination de patients obèses ayant l'expérience de plusieurs prises en charge et en situation de difficulté de perte, de maintien de la perte de poids, ou de reprise pondérale



horaires	lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
9-10h	Entrée Diagnostic éducatif (l'équipe)	Fin synthèse DE (équipe) Restitution individuelle du DE et discussion	Atelier Psychologue (Groupe de parole) : travail sur 1. la notion d'échec et succès 2. l'image de soi, le schéma corporel (psychologue)	9h30-11h Atelier diététique- Jeu autour de l'alimentation (diététicienne)	Entretiens individuels de sortie (médecin/diététicienne/psychologue) questionnaire de satisfaction
10h- 10h30					
10h30-12h		Analyser les succès et les échecs de son histoire pondérale, mécanismes de prise et perte pondérale (médecin/IDE)	11h-12 h Définir des objectifs et des moyens réalistes de perte de poids (médecin/IDE)	11h15- 12h Qu'est-ce qu'un bon objectif ? Maintenir la perte de poids et éviter la reprise de poids Critères d'auto-évaluation (médecin/IDE)	
12h-14h			REPAS -BUFFET = composition menu avec diététicienne		
14h-15h	Diagnostic éducatif (DE) (l'équipe)	Atelier diététique- Stratégies diététiques de perte de poids. (diététicienne)	14h 00-15h15 ou 14h30-15h45 Travailler sa motivation : - Cas clinique - entretien motivationnel - balance décisionnelle, apprendre des échecs (médecin/IDE)	13h45-15h00 Atelier Psychologue : la restriction cognitive/pensées dysfonctionnelles (psychologue) Pause 15h-15h15 15h15-16h15 Atelier sensoriel (diététicienne et psychologue))	
15h00- 16h00					
16h00-17h	Tracer sa courbe de poids (IDE) Début par l'équipe synthèse DE	16h00 - 17 h00 Frein et leviers Activité Physique (EAPA)	16H00-17H00 Atelier Activité physique (EAPA)		
		REPAS		REPAS BUFFET	
	Travail représentations	Connaissances mardi	Connaissances mercredi	Connaissances jeudi + projet de sortie	