

Vers un modèle psychologique explicatif du surpoids et de l'obésité, et contribution à l'évaluation d'une prise en charge triaxiale comprenant la restriction cognitive, l'alimentation émotionnelle et l'acceptation

Sabrina Julien Sweerts

DANS **BULLETIN DE PSYCHOLOGIE** 2020/3 Numéro 567-568 , PAGES 213 À 217
ÉDITIONS **GROUPE D'ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE**

ISSN 0007-4403

DOI 10.3917/bupsy.567.0213

Date de mise en ligne : 06/08/2020

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2020-3-page-213?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Groupe d'études de psychologie.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Vers un modèle psychologique explicatif du surpoids et de l'obésité, et contribution à l'évaluation d'une prise en charge triaxiale comprenant la restriction cognitive, l'alimentation émotionnelle et l'acceptation

Towards an explanatory psychological model of overweight and obesity, and a contribution to the evaluation of a triaxial treatment incorporating cognitive restraint, emotional eating, and acceptance

JULIEN SWEERTS Sabrina

Université Paris-Nanterre, laboratoire EA 4430 CLIPSYD (Clinique, psychanalyse et développement), France.

Courriel : <sabrinajulienweerts@gmail.com>

Adresse : 46 rue de la sablière, 92600 Asnières-sur-Seine, France.

Thèse soutenue le 11 septembre 2019 à l'Université Paris-Nanterre, Nanterre, France

L'obésité est un problème de santé publique. En France, elle touche 15,8 % des hommes et 15,6 % des femmes. Si l'on ajoute le surpoids, la prévalence atteint 41 % chez les hommes et 25,3 % chez les femmes (Matta et coll., 2016). Cette maladie, définie comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle pouvant nuire à la santé, est complexe, multifactorielle et encore mal connue. La revue de la littérature scientifique met en évidence la multitude des déterminants et des conséquences probables du surpoids et de l'obésité sur trois aspects : médical, social et psychologique.

D'un point de vue purement physiologique, l'obésité et le surpoids résultent d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. Effectivement, au niveau mondial, on observe une augmentation de la consommation d'aliments hypercaloriques riches en lipides, associée à une baisse d'activité physique en raison d'une vie de plus en plus sédentaire due, entre autres, à un travail plus stationnaire, une évolution des modes de transport et une urbanisation croissante (Organisation mondiale de la santé, 2019). Il ne fait aucun doute que l'abondance alimentaire augmente le risque d'obésité (Cooksey-Stowers, Schwartz, Brownell, 2017). Plusieurs facteurs contribuent à accroître les apports énergétiques quotidiens : la grande disponibilité alimentaire, l'augmentation de la taille des portions, l'augmentation de leur densité énergétique (Wardle, Boniface, 2008). À cela s'ajoute le prix, généralement plus bas, des aliments très énergétiques. Mais si les sujets mangent plus et bougent moins, qu'en est-il de leur régulation énergétique ? Le corps humain possède un système physiologique de régulation énergétique efficace et précis, dont le centre se situe dans l'hypothalamus. Ainsi, en théorie, si un sujet dépense moins d'énergie, il devrait naturellement moins manger. Et, toujours en théorie, si un sujet prend du poids, cela signifie que le système de régulation énergétique est défaillant ou que d'autres facteurs viennent perturber ce système (Schwartz, 1975). Cela se produit, par exemple, lorsque le sujet est en restriction cognitive (RC), c'est-à-dire lorsqu'il tente de contrôler son alimentation dans le but de perdre du poids ou de ne pas en prendre. Nous

Composition du jury

Jean-Louis Nandrino (président du jury), Université de Lille, France.

Amélie Rousseau (rapporteur), Université de Lille, France.

Pierluigi Graziani (rapporteur), Université de Nîmes, France.

Damien Fouques, Université Paris-Nanterre, France.

Gérard Apfeldorfer (membre invité), Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids, France.

Lucia Romo (directrice de thèse), Université Paris-Nanterre, France, <romodesprez@gmail.com>.

avons cherché à approfondir cette question et à comprendre pourquoi le contrôle cognitif n'était pas efficace pour maintenir durablement son poids et les mécanismes qui étaient en jeu. Nos recherches nous ont conduit vers les fonctions exécutives et la théorie de l'*Ego Depletion*. En effet, les fonctions exécutives rassemblent l'ensemble des processus qui permettent à un individu de réguler de façon intentionnelle sa pensée et ses actions afin d'atteindre des buts (Miyake et coll., 2000). Elles sont donc nécessaires à la restriction cognitive. Parallèlement, selon la théorie de l'*Ego Depletion*, l'énergie psychologique est une ressource limitée et commune à toutes les sphères de la vie (travail, loisir, relations interpersonnelles). Et puisque tout acte d'autocontrôle nécessite de l'énergie psychologique (Dupont et coll., 2017), la RC nécessite de l'énergie psychologique. Néanmoins, l'épuisement de cette ressource limitée conduit à un échec d'autorégulation qui se manifeste, notamment, par des compulsions alimentaires (Baumeister, Vohs, 2007 ; Baumeister, Vohs, Tice, 2007). Pourtant, tous les sujets ne sont pas impactés. L'obésité serait due à une interaction entre l'environnement, les événements de vie, le patrimoine génétique, l'épigénétique et des facteurs psychologiques multiples.

De plus, souffrir d'obésité n'est pas sans conséquence. En effet, l'obésité serait liée à un risque accru de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires et même de cancers. Socialement, les sujets souffrant d'obésité vivent le rejet et la stigmatisation « anti-gros ». Enfin, certains patients souffrant de surpoids ou d'obésité présentent une symptomatologie dépressive importante et des émotions négatives nécessitant une prise en charge psychologique adaptée.

Différentes prises en charge psychologiques peuvent être proposées à ces patients en souffrance, avec chacune leurs concepts théoriques sous-jacents : la psychanalyse, les approches comportementales et cognitives, la thérapie systémique... Enfin, le Groupe de réflexion de l'obésité et du surpoids (GROS), association qui regroupe des praticiens suivant les sujets souffrant de surpoids ou d'obésité, propose une prise en charge intégrative fondée sur trois axes : la levée de la restriction cognitive, l'acceptation des envies de manger émotionnelles, l'augmentation de la tolérance émotionnelle et l'acceptation de soi.

La première partie empirique présente notre contribution à l'évaluation de la prise en charge triaxiale du GROS, fondée sur la littérature scientifique récente, donc empiriquement fondée, mais jamais évaluée. Nous avons mené, successivement,

trois études pour contribuer à cette évaluation : une étude pilote, GRADI-1 (GRos Act DIet) et GRADI-2.

L'étude pilote avait pour objectif de comparer les effets à court terme (trois mois) sur le poids et autres variables psychologiques de deux prises en charge différentes chez des patients souffrant de surpoids ou d'obésité : la prise en charge du GROS basée sur l'alimentation intuitive et la prise en charge diététique standard, basée sur des recommandations nutritionnelles. À T0, 35 participants ont été inclus dans cette étude, répartis en deux groupes selon le thérapeute choisi (GROS/DIET) : 20 dans le groupe GROS et 15 dans le groupe DIET. Trois mois après le début de l'étude (T1), seuls 28 patients ont accepté de répondre à nouveau au questionnaire (17 dans le groupe GROS et 11 dans le groupe DIET).

Dans le groupe GROS, l'âge moyen était de 43,19 ans ($ET= 9,21$) et 42,55 ans ($ET= 13,49$) dans le groupe DIET dont 100 % de femmes dans le groupe DIET et un homme soit 94 % de femmes dans le groupe GROS. Les tailles étaient homogènes dans les deux groupes (GROS : $M= 1,66$, $ET= 0,06$; DIET : $M= 1,68$, $ET= 0,12$) de même que le nombre de consultations effectuées (GROS : $M= 4,80$; $ET= 1,09$; DIET : $M= 5$, $ET= 1,41$). Nous avons mesuré, à T0 et T1, la restriction cognitive (RC) et l'alimentation émotionnelle (AE) à l'aide du *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-21) et l'alimentation intuitive (AI) avec l'*Intuitive Eating Scale-2* (IES-2).

Les résultats ont mis en évidence une hétérogénéité intergroupe à T0 sur les variables AE et AI. Les patients consultant un thérapeute du GROS auraient des niveaux d'alimentation émotionnelle significativement plus élevés que les patients qui consultent un diététicien nutritionniste classique. De même, ils mangeraient significativement moins en fonction de leurs sensations alimentaires. Nous avons conscience que cette hétérogénéité présente une limite importante de notre étude pilote. Pourtant, nous avons choisi de faire une étude écologique, d'étudier la « réelle » efficacité des prises en charge dans la « vraie » vie. Les résultats mettent également en évidence une différence significative entre T0 et T1 des variables poids, AE et AI dans le groupe GROS, et non dans le groupe DIET. Ainsi, après trois mois de prise en charge, les patients consultant un praticien du GROS ont significativement perdu du poids, amélioré leur niveau d'alimentation intuitive et réduit l'alimentation émotionnelle. En revanche, aucune différence significative n'est observée sur la restriction cognitive, qui constitue pourtant un axe de prise en

charge de la thérapie. Cette étude conduit à deux réflexions principales. Premièrement, l'instrument de mesure de la RC utilisé dans cette étude mesure-t-il réellement ce qu'il est censé mesurer, à savoir l'intention de contrôle de son alimentation dans le but de perdre du poids, ou de la maintenir stable, ou le contrôle effectif de son alimentation ? La lecture des items semble nous diriger vers le contrôle effectif. Deuxièmement, si les participants du groupe GROS ont statistiquement perdu du poids, tous n'en ont pas perdu. Qu'est-ce qui distingue les patients qui perdent du poids de ceux qui n'en perdent pas ? Quel(s) facteur(s) psychologique(s) les différencient ?

L'étude GRADI-1 devait nous permettre de répondre à ces questions et de comparer la méthode GROS, dont l'objectif est de minorer ou supprimer la restriction cognitive et augmenter l'alimentation intuitive, à la méthode diététique standard et à la thérapie ACT (Thérapie d'acceptation et d'engagement). En effet, pour comprendre l'élément actif, efficace, il nous paraissait important d'ajouter dans la méthodologie un groupe permettant une comparaison de la méthode GROS à une prise en charge émotionnelle, considérée empiriquement comme étant efficace sur les troubles du comportement alimentaire. Nous avons choisi la thérapie ACT, thérapie cognitivo-comportementale de la troisième vague. Malheureusement, ce travail ne put être mené faute de recrutement de thérapeutes ACT et DIET. Notre objectif principal devint l'observation des effets de la prise en charge du GROS après 6 et 12 mois de traitement sur de multiples variables. Nous avons mesuré la restriction cognitive à l'aide des deux échelles les plus utilisées dans la littérature scientifique (TFEQ-21, DEBQ) et ajouté une échelle visuelle numérique entre 0 et 10, qui reprenait mot pour mot la définition consensuelle de la restriction cognitive (EVN). L'alimentation émotionnelle était mesurée à l'aide du TFEQ-21, l'alimentation intuitive grâce à l'IES-2, la présence d'un éventuel trouble alimentaire était repérée avec l'EDI-vs, la psychopathologie avec les échelles d'auto-évaluation BDI-13, STAI, Rosenberg, et la satisfaction et acceptation corporelles avec le BSQ 8B et la BAS-2. Enfin, certains processus étaient explorés comme les ruminations (CFQ) et la flexibilité psychologique (AAQ-II).

À T0, 50 participants étaient inclus dans l'étude : 48 femmes et 2 hommes, âgés de 26 à 68 ans ($M=44,4$; $ET=10,7$). 74 % vivaient maritalement ou en couple et 26 % étaient célibataires. À T0, les niveaux d'alimentation émotionnelle et de désinhibition alimentaire des patients consultant un praticien du GROS sont extrêmement élevés, statisti-

quement supérieurs aux normes des sujets souffrant de trouble du comportement alimentaire ($p < 0,001$) (Lauzon et coll., 2004). De plus, leur niveau d'alimentation intuitive est très bas, même significativement plus bas que celui des femmes régulièrement au régime (Camilleri et coll., 2015). L'étude des résultats à l'EDI-vs, *Eating Disorder Inventory* a également mis en évidence que les patients consultant un praticien du GROS avait statistiquement plus de désir de minceur, plus de perfectionnisme et plus de symptomatologie boulimique que les sujets souffrant d'anorexie.

La mesure de la restriction cognitive à l'aide de trois instruments différents a mis en évidence des résultats surprenants. En effet, selon le TFEQ, la différence de RC n'était pas significative entre T0 et T1 ($p=0,81$), elle devint tendancielle avec le DEBQ ($p=0,13$) et significative avec l'EVN ($p=0,02$) qui reprenait la définition consensuelle : « À quel point avez-vous l'intention de contrôler votre alimentation dans le but de perdre du poids ou de le maintenir stable ? ». Ces résultats vont dans le sens d'un problème de validité du TFEQ qui mesurait le contrôle effectif et non l'intention de contrôle.

En revanche, les autres résultats n'ont pas pu être analysés du fait de l'importante attrition expérimentale (76 % de perte). En effet, à T1, seuls 12 patients restaient. Plusieurs hypothèses pourraient en partie expliquer cette attrition et, parmi elles, la question de l'alliance thérapeutique s'est posée.

L'étude GRADI-2 devait nous permettre de répondre aux nombreuses questions restées sans réponse : la prise en charge du GROS est-elle efficace sur le poids et autres variables psychologiques ? Qu'est-ce qui différencie les patients qui perdent du poids de ceux qui n'en perdent pas ? Pourquoi une telle attrition expérimentale ? L'objectif était d'évaluer la prise en charge du GROS sur une durée de 6 mois. Le protocole de GRADI-1 a été allégé dans le but d'amoindrir l'attrition expérimentale, mais agrémentée de la mesure de l'alliance thérapeutique (*Working Alliance Inventory*, WAI), des stratégies de gestion émotionnelle (*Emotional Regulation Questionnaire*, ERQ) et l'activité physique (*Godin Leisure Time Exercise Questionnaire*, GLTEQ).

À T0, 35 participants étaient inclus et tous ont répondu à T1. Mais si aucune attrition expérimentale n'était présente, l'attrition thérapeutique se situait entre 20 et 31,4 %. Les résultats ont mis en évidence que la prise en charge du GROS serait efficace sur le poids mais pas sur la restriction cognitive, ni sur l'alimentation émotionnelle. Ces données nous ont surpris. En effet, après six mois de

prise en charge, les patients auraient toujours autant l'intention de contrôler leur alimentation dans le but de perdre du poids ou de ne pas en prendre. Le désir de perte de poids pourrait, en partie, expliquer la difficulté des patients à lâcher leur contrôle mental au profit de leur régulation énergétique. Des études mettent en évidence une association entre la peur de ne pas maigrir et ce qu'ils appellent : « la restriction diététique » (Calugi, El Ghoch, Conti, Dalle Grave, 2018). Une forte alliance thérapeutique et un travail sur les préoccupations corporelles semblent être indispensables à la prise en charge (Calugi, Dalle Grave, 2019). Dans notre étude, l'alliance thérapeutique s'est détériorée entre T0 et T1 : $t(32)=2,37$; $p=0,024$). Certains verbatim recueillis au cours de l'étude confirment cette détérioration : « Je ne me sentais pas écoutée et les exercices qu'on me donnait à faire me semblaient inaccessibles » ; « Je n'ai pas toujours l'impression de savoir où je vais » ; « Nous travaillons avec ma psy le fait de ressentir les sensations alimentaires : la faim la satiété ; très bien mais sur le papier ! En vrai, quand j'ai des angoisses, c'est plus fort que moi, je n'arrive pas à freiner ma pulsion. Aujourd'hui je suis désespéré je ne sais plus comment faire ». Et, si le patient tente toujours de contrôler son alimentation en vue de perdre du poids, il n'est pas étonnant qu'il ait un score toujours aussi important d'alimentation émotionnelle.

Ainsi, les trois études menées successivement n'ont pas permis de mettre en évidence, de façon scientifique, une efficacité plus importante de la prise en charge triaxiale du GROS par rapport aux autres prises en charge proposées. En revanche, elles ont mis en évidence l'intensité de l'alimentation émotionnelle et la très faible capacité des sujets à manger en fonction de leur sensation de faim et de satiété, comparativement aux sujets même régulièrement au régime ou souffrant de trouble du comportement alimentaire. Le problème de validité du TFEQ, outil de mesure de la restriction cognitive, régulièrement utilisé dans la littérature scientifique, qui semble mesurer le contrôle effectif et non l'intention de contrôle, a été repéré. Enfin, quelques pistes d'amélioration de la prise en charge du GROS ont été apportées, comme la nécessité de renforcer l'alliance thérapeutique.

La dernière partie de ce travail intéressait les déterminants potentiels du surpoids et de l'obésité. Dans cette étude, menée en population générale, 511 sujets âgés de 18 à 78 ans ($M=37,8$; $ET=13,6$), 80,2 % femmes ($N=410$) et 19,8 % hommes ($N=101$) ont été recrutés. À partir de la littérature scientifique et de nos précédents résultats, nous avons observé si l'activité physique hebdomadaire, le

stress perçu, la restriction cognitive, les stratégies de gestion émotionnelle, la personnalité selon le modèle du *Big Five* ou encore la présence d'évènements de vie stressants ou traumatiques prédisaient l'indice de masse corporelle du sujet. Conformément à notre hypothèse de départ, les résultats ont mis en avant une corrélation positive entre la restriction cognitive et l'indice de masse corporelle ($r=0,184$; $p<0,001$). Plus les sujets ont l'intention de contrôler leur alimentation en vue de perdre du poids, plus ils sont gros, plus ils ont l'intention de contrôler leur alimentation. En revanche, contrairement à notre hypothèse de départ, une corrélation négative est observée entre l'IMC et la symptomatologie traumatique ($r=-0,103$; $p=0,04$). En effet, alors que le taux d'évènements de vie est le même, quel que soit le poids de sujets, la symptomatologie traumatique serait plus faible chez les sujets obèses que chez les autres. Manger serait-il une stratégie afin de faire face, qui permettrait de ne pas développer cette symptomatologie ?

Ce travail a de nombreuses limites et il serait pertinent de prévoir des études contrôlées randomisées pour statuer sur l'efficacité de la prise en charge triaxiale. Néanmoins, il a permis de mettre en avant la pertinence de diminuer la restriction cognitive et l'alimentation émotionnelle chez les sujets souffrant de surpoids ou d'obésité. Pour cela, une forte alliance thérapeutique est nécessaire. Les perspectives sont multiples : la diffusion d'information pour rendre accessible une prise en charge adaptée, former les psychologues aux prises en charge du surpoids et de l'obésité, ou encore modifier les programmes d'éducation thérapeutique actuellement dirigés en faveur de l'augmentation de la RC et qui peuvent augmenter les taux d'alimentation émotionnelle.

RÉFÉRENCES

- BAUMEISTER (Roy), VOHS (Kathleen).– Self-Regulation, Ego Depletion, and Motivation, *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 1, 2007, p. 115-128.
- BAUMEISTER (Roy), VOHS (Kathleen), TICE (Diane).– The Strength Model of Self-Control, *Current Directions in Psychological Science*, 16, 6, 2007, p. 351-355.
- CALUGI (Simona), DALLE GRAVE (Ricardo).– Body image concern and treatment outcomes in adolescents with anorexia nervosa, *The International Journal of Eating Disorders*, 52, 5, 2019, p. 582-585.
- CALUGI (Simona), EL GHOCH (Marwan), CONTI (Marco), DALLE GRAVE (Ricardo).– Preoccupation with shape or weight, fear of weight gain, feeling fat and treatment outcomes in patients with anorexia nervosa: A longitudinal study, *Behaviour Research and Therapy*, 105, 2018, p. 63-68.

CAMILLERI (Géraldine), MÉJEAN (Caroline), BELLISLE (France), ANDREEVA (Valentina), SAUTRON (Valérie), HERCBERG (Serge), PÉNEAU (Sandrine).– Cross-cultural validity of the Intuitive Eating Scale-2. Psychometric evaluation in a sample of the general French population, *Appetite*, 84, 2015, p. 34-42.

COOKSEY-STOWERS (Kristen), SCHWARTZ (Marlene), BROWNELL (Kelly David).– Food Swamps Predict Obesity Rates Better Than Food Deserts in the United States, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 11, 2017, p. 1366.

DUPONT (Mariève), DRAPEAU (Vicky), SENÉCAL (Caroline), GALLANT (Annette), PÉRUSSE-LACHANCE (Emilie), TREMBLAY (Angelo).– Régulation de la prise alimentaire consécutive à un travail mental exigeant / Regulation of food intake due to demanding mental work, *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 49, 1, 2017, p. 18-31.

LAUZON (Blandine de), ROMON (Monique), DESCHAMPS (Valérie), LAFAY (Lionel), BORYS (Jean-Michel), KARLSSON (Yan), CHARLES (Marie-Aline).– The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population, *Journal of Nutrition*, 134, 9, 2004, p. 2372-2380.

MATTA (Joane), ZINS (Marie), FERAL-PIERSSENS (Anne-Laure), CARETTE (Claire), OZGULER (Anna), GOLDBERG (Marcel), CZERNICHOW (Sébastien).– Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 35, 2016, p. 640-646.

MIYAKE (Akira), FRIEDMAN (Naomi), EMERSON (Monica), WITZKI (Alexander), HOWERTER (Amy), WAGER (Tor).– The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “Frontal Lobe” tasks: A latent variable analysis, *Cognitive Psychology*, 41, 1, 2000, p. 49-100.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. – Obésité et surpoids [consulté le 29 octobre 2019, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]

Schwartz (Gary).– Biofeedback, self-regulation, and the patterning of physiological processes, *American Scientist*, 63, 3, 1975, p. 314-324.

WARDLE (Jane), BONIFACE (David).– Changes in the distributions of body mass index and waist circumference in English adults, 1993/1994 to 2002/2003, *International Journal of Obesity*, 32, 3, 2008, p. 527-532.

Lien internet permettant d'accéder à la thèse, sur demande à <sabrinajulienweerts@gmail.com>