

C'est quoi le comportement alimentaire ?

Le **comportement alimentaire** assure, à travers un ensemble de conduites, une triple fonction :

- **Énergétique** et nutritionnelle répondant à des besoins biologiques
- **Hédonique** (plaisir) : d'ordre affectif et émotionnel
- **Symbolique** : d'ordre psychologique, relationnel et culturel

Le comportement alimentaire



Ensemble de conduites alimentaires

Propre à chacun



Triple fonction

● **Besoins**

(biologiques, énergétiques et nutritionnels)



● **Hédonique**

(affectif et émotionnel)



● **Symbolique**

(psychologique, relationnel et culturel)



Le comportement alimentaire normal **intègre ces différentes dimensions**. Il participe ainsi à **l'homéostasie interne et externe de l'individu**, c'est-à-dire au **maintien d'un état de bien-être physique, psychologique et social** qui définissent **la santé**. L'analyse descriptive du comportement alimentaire porte sur les conduites et les finalités.

Qu'est-ce qui influence le comportement alimentaire ?

Le comportement alimentaire n'est pas ce que nous mangeons mais **pourquoi et comment nous mangeons**. Il est donc propre à chacun et sera sous l'influence de différents éléments :

- Les **sensations alimentaires** : les besoins primaires comme la faim, le rassasiement et la satiété
- **L'état affectif** : qu'il soit négatif ou positif
- La **société** : habitudes, profession, famille, normes sociales

L'impact des émotions

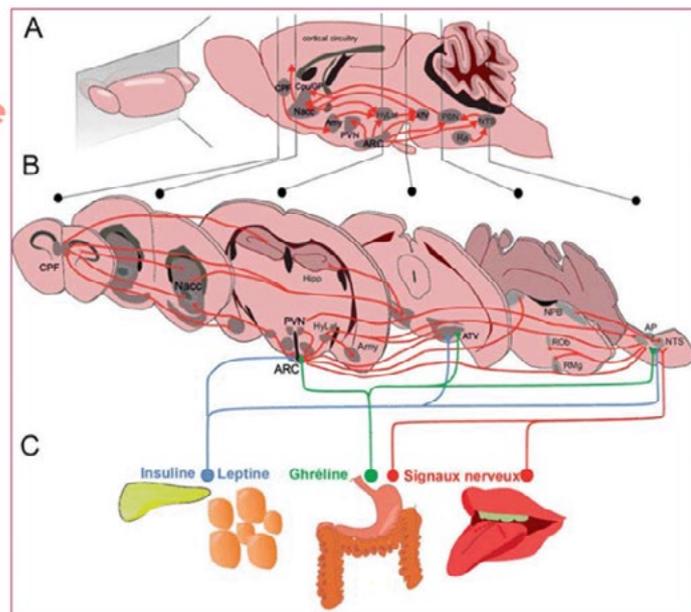
Système hédonique ou système de la récompense

La régulation de la prise alimentaire est sous la dépendance de 2 systèmes :

- Le **système métabolique** en lien avec les besoins énergétiques
- Le **système hédonique** en lien avec les émotions

Régulation de la prise alimentaire

Système hédonique
Système métabolique



Ce **circuit cérébral hédonique n'est pas inné**, il se construit durant la vie des individus **sous l'influence de l'apprentissage**.

C'est la **madeleine de Proust**, nous avons tous un rapport émotionnel particulier avec un plat. Ce plat nous rappelle notre enfance ou un moment de notre vie chargé d'émotions fortes (positives comme négatives).

Ce système est comme un disque dur ou une page blanche. Dès que nous commençons à manger (dès la première tétée) nous établissons un rapport à l'alimentation et nous remplissons la page blanche ou le disque dur d'informations émotionnelles en lien avec l'alimentation. Une fois le disque dur plein (mémoire vive pleine) ou la page blanche remplie, il devient difficile de mettre de nouvelles données (ici expériences émotionnelles avec la prise alimentaire). Ces éléments permettent de comprendre pourquoi la plupart des problématiques émotionnelles nous renvoient à l'enfance ou l'adolescence, périodes durant lesquelles nous nous sommes construits autour d'un rapport émotionnel particulier avec l'alimentation.

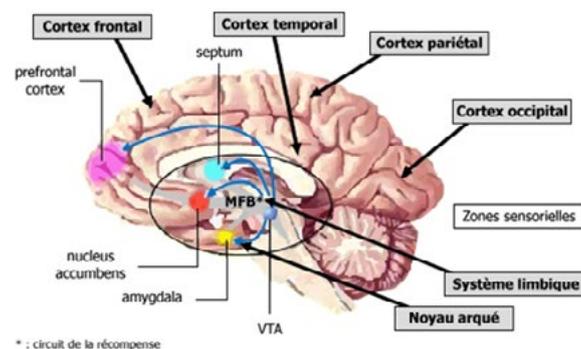
Plaisir et désir

Le système hédonique fait intervenir les **zones du plaisir et du désir du cerveau**. Ce dernier est constitué de zones neurologiques qui ne fonctionnent pas toutes de la même manière. Il existe les zones du plaisir (wanting) et du désir (liking), comme il existe les zones de la douleur.

Quand les neurones du plaisir sont activés, ils sécrètent des **neurotransmetteurs** : endorphines, opioïdes, endocannabinoïdes.

Le système Hédonique

Ou le système de récompense



Plaisir (liking)

Noyau accumbens et la pallidum ventral

Opioïdes, endorphines, endocannabinoïdes

Désir (wanting)

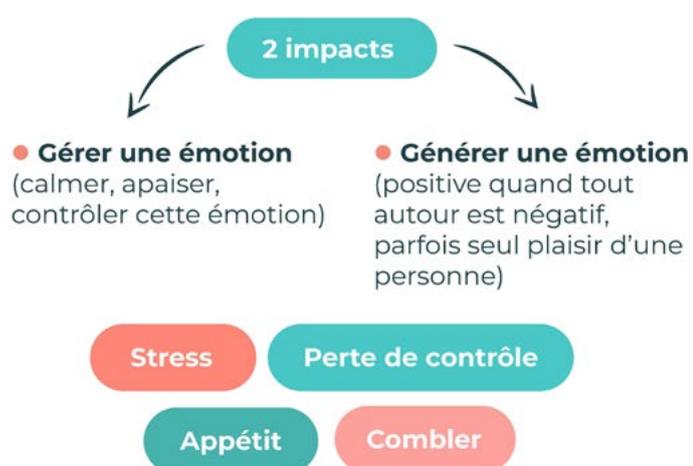
Aire tegmentale, hypothalamus latéral et système dopaminergique

Émotions et prises alimentaires

Manger permet d'avoir **2 impacts sur l'affect** :

- **Gérer une émotion** : la prise alimentaire pourra dans un contexte affectif particulier nous permettre de contrôler ou limiter
- **Générer une émotion** : la prise alimentaire peut également être la source d'une émotion positive comme négative.

Emotions et prises alimentaires



La gestion des émotions

Stress

Se faire un petit gueuleton ou un bon petit plat pour **calmer un stress** n'est pas foncièrement pathologique, si ça ne se répète pas trop souvent et si nous ne culpabilisons pas après chaque phase.

Perte de contrôle

Nous **perdons la maîtrise comportementale**, mangeons de manière **irrationnelle** avec un sentiment de ne pouvoir s'empêcher suite à une émotion qui dans cette situation joue le rôle de déclencheur. Phase de **prise compulsive** qui est souvent suivi d'une **culpabilité** importante.

Combler

Un **manque affectif, sentiment de vide intérieur**, peut être la cause d'une prise alimentaire émotionnelle. L'objectif est de rechercher un **réconfort**.

L'appétit

C'est **l'envie de manger** un aliment ou un groupe d'aliments définis. En général, ces aliments sont **appréciés**, le sujet en a déjà fait l'apprentissage et en attend une **sensation plaisante**.

L'appétit inclut une anticipation en général agréable. L'appétit détermine la sélection et la consommation d'aliments spécifiques.

Comprendre pour amorcer des changements de fond

S'empêcher ne fonctionnera pas. La très grande majorité des patients souffrant de surpoids ou obésité ont parfaitement conscience de ces problématiques.

Néanmoins il est **parfois plus facile d'aborder le comportement alimentaire** quand nous souffrons d'anorexie que d'obésité. Dans notre société il apparaît si simple de perdre du poids qu'une forme de honte se met en place si nous sommes en situation d'obésité avec des prises alimentaires en lien avec les émotions. Si je suis obèse c'est que je n'y arrive pas, que je ne suis pas motivé. Pourtant, **le comportement alimentaire est souvent la problématique principale à prendre en charge.**

Comprendre pour amorcer des changements de fond



S'empêcher ●
S'imposer ●
Occulter le problème ●
= sources d'échecs sur le long terme



● **Prises alimentaires irrationnelles voire addictives**

(on en a conscience)

● **S'obliger à « ne pas le faire » = inefficace**

-> Accentuera la culpabilité, la mésestime, le sentiment de perte de contrôle

Pour évoluer sans occulter



Accompagner dans la compréhension de son comportement

Comprendre que ces prises sont irrationnelles, addictives, difficilement maîtrisables sera la première étape.

Vouloir verrouiller, bloquer ces prises alimentaires émotionnelles sans les cerner par une simple restriction ne pourra être suivi que **d'échecs, de reprises de poids encore plus culpabilisantes.**

Les troubles du comportement alimentaire

Anorexie mentale

C'est le syndrome le plus anciennement répertorié et décrit.

Anorexie Mentale

- **0,6 %** dans la population
- Début **adolescence** 85%
- 1 homme pour 8 **femmes**
- Mortalité 1 % par an.
 - Rémission complète 50%,
 - Rémission partielle 30 %,
 - Forme chronique ou décès 20 à 30 %



Les principaux signes sont : la **peur intense de grossir** qui ne diminue pas avec la perte de poids, le **trouble de l'image du corps**, c'est-à-dire d'une impression décrite par le sujet d'être gros

La **notion de déni** est essentielle : la patiente "ne se voit pas" dénutrie ; elle affirme au contraire qu'elle doit perdre du poids, parce qu'elle est trop grosse.

Anorexie Mentale DSM V

- **Restriction** des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas,
- **Peur intense de prendre du poids** et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale,
- **Altération** de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

■ Critères de gravité

Anorexie Mentale

CRITERES DE GRAVITE

- IMC < 13 ou Amaigrissement > 20% en 3 mois
- 1 à 2/sem malaises et/ou chutes ou PC
- TA syst < 80 Fc > 80
- Hypothermie < 34
- Anomalies ECG en dehors de la bradycardie
- Hypokaliémie < 2 Natrémie < 120 ou > 150 Phosphorémie < 0,5
- Transa > 10N TP < 50
- Glycémie < 0,6 ou fonctionnelle Albu < 30
- Leuco < 1000 ou PNN < 500 Plaquettes < 50000

■ Critères diagnostiques de l'anorexie mentale

- Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille.
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- Chez les femmes post-pubères, aménorrhée (absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs ou règles ne survenant qu'après traitement hormonal).

■ Spécifier le type :

- **type restrictif** : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (restricting type),
- **type avec crises de boulimie**, vomissements ou prise de purgatifs (binge eating/purging type).

La boulimie nerveuse

Ce syndrome concerne généralement des sujets jeunes (des femmes, dans l'immense majorité des cas) présentant des crises boulimiques et maintenant un poids normal. Les points clés du diagnostic sont : la **fréquence et la répétition des crises, l'association à des stratégies de contrôle du poids et la notion de perte de contrôle, l'angoisse et la culpabilité**. La fréquence, les moments de survenue dans la journée, l'intervalle entre les crises varient d'un sujet à l'autre. La patiente boulimique est consciente du caractère anormal de son comportement alimentaire, mais ceci ne suffit pas à l'empêcher. Le maintien d'un poids normal s'explique par des comportements visant à annuler les effets de la prise alimentaire sur le poids, les plus courants étant les vomissements spontanés ou provoqués. Cette maladie est fréquemment associée aux troubles de la personnalité et nécessite toujours une prise en charge psychiatrique spécifique. Le diagnostic peut être difficile, car les malades n'en parlent pas facilement. Il faut donc savoir mettre la malade en confiance et ne pas avoir l'air de la juger. Il faut chercher les facteurs de risque et les signes indirects : un regard très négatif sur l'alimentation, des propos comme "je ne mange rien" sont évocateurs.

■ Critères diagnostiques de la boulimie nerveuse

- **Survenue récurrente de crises de boulimie.** Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;
 - sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la nature ou la quantité des aliments consommés).
- **Comportements compensatoires inappropriés et récurrents** visant à prévenir la prise de poids tels que vomissements provoqués, emplois abusifs de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.
- Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, **au moins deux fois par semaine pendant 3 mois**.

- **L'estime de soi est influencée de manière excessive** par le poids et la forme corporelle.
- Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

■ **Spécifier le type :**

- type avec vomissements ou prise de purgatifs (purging type),
- type sans vomissement ni prise de purgatifs (non purging type).

L'hyperphagie boulimique

Syndrome d'hyperphagie incontrôlée (Binge Eating Disorder : BED)

La première description de ce comportement alimentaire en tant que syndrome a été réalisée en 1959 par Stunkard et al. (Fairburn et al, 1995). Depuis, des critères diagnostiques ont été proposés, et la version révisée de la quatrième édition du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders) a proposé d'individualiser provisoirement ce syndrome afin de favoriser la recherche dans le domaine des troubles alimentaires.

■ **Deux critères principaux ont été retenus pour le diagnostic :**

- « absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances »
- « sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange) »

Le DSM-V retient également des **critères de fréquence et de durée** (en moyenne au moins 2 jours par semaine pendant 6 mois).

Le BED (Binge Eating Disorder) se distingue du diagnostic de boulimie par l'absence de recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (exemples : vomissements, jeûne, exercice excessif, abus de laxatifs). La prévalence en population générale du trouble, semble

se situer entre 1 et 3% (Dingemans et al., 2002) ; Dans une étude en population générale, environ la moitié des sujets présentant un BED étaient obèses (le critère d'obésité retenu était par contre non congruent aux critères OMS : IMC sup 27,5 Kg/m²) : tandis que seulement 5% des individus obèses présentaient les critères diagnostiques de BED (Spitzer et al.,1992).

Cependant, les études, réalisées chez des personnes obèses engagées dans un programme de perte de poids trouvent des prévalences du BED bien supérieures, comprises entre 16 et 30% (De Zwann et al., 2001). Ces données suggèrent une surreprésentation du trouble dans les populations cliniques (individus pris en charge pour perte de poids) par rapport à la population générale.

Ainsi, le **BED présente une prévalence supérieure chez les individus obèses** (et en particulier chez ceux suivant un traitement visant une réduction pondérale) par rapport aux sujets de poids normal.

La compulsion

Les compulsions alimentaires décrivent une **consommation impulsive, brutale d'un aliment** (ou une catégorie d'aliments) donné, souvent apprécié, en dehors des repas, typiquement en réponse à une envie plutôt qu'à la faim. Les épisodes s'accompagnent initialement d'un soulagement, voire d'un plaisir, puis d'un sentiment désagréable de **culpabilité**. La notion de compulsion est indépendante du volume de la prise alimentaire. Ces épisodes surviennent **fréquemment en fin de journée en rapport avec l'angoisse vespérale, avec la perte du contrôle social lors du retour à domicile**. Les compulsions sont **fréquentes chez les patients sous régime**. Les auteurs anglo-saxons, dans un registre proche, décrivent le **"craving"** ("urgence à manger") qui correspond à une envie impérieuse et intense de manger.

Le Night eating

Syndrome d'alimentation nocturne (Night Eating Syndrome : NES)
Ce syndrome a initialement été décrit par Stunkard et al. En 1955, à partir d'une étude de cas (Stunkard et al. 1955). Les premières caractéristiques décrites faisaient état d'une répartition de plus de 25% de l'apport énergétique quotidien après le repas du soir, d'une insomnie

d'endormissement présente au moins un jour sur deux et d'une anorexie matinale ; Ces critères ont ensuite été révisés pour introduire la notion de réveils nocturnes à l'origine d'une consommation de nourriture (Birketvedt et al.,1999).

Le syndrome d'alimentation nocturne est aujourd'hui considéré comme une **perturbation du rythme circadien se traduisant par un retard de phase des ingestions alimentaires** ; Les symptômes les plus prédictifs du diagnostic de NES seraient : l'hyperphagie vespérale (définie par une répartition de plus de 25% de l'apport énergétique quotidien après le repas du soir) et/ou la présence de réveils nocturnes avec ingestion alimentaire survenant au moins trois fois par semaine (Allison et al ,2008). Ce syndrome ne figure pas encore dans les grandes classifications nosographiques des troubles mentaux, mais certains auteurs défendent son introduction dans le DSM-V (Stunkard et al., 2008).

La prévalence du NES se situe autour de **1,5% dans la population générale, tandis qu'elle varie entre 6 et 16% dans les groupes d'individus obèses participant à des programmes de prise en charge du poids** (Stunkard et al.,2008). Une étude, réalisée auprès de patients suivis pour des troubles psychiatriques en ambulatoire, trouve une prévalence du NES de 12,3% dans cette population. Par ailleurs, les individus de cette étude présentant un NES, avaient un IMC significativement plus élevé que ceux qui en étaient indemnes (Lundgren et al.,2006)

Les grignotages pathologiques

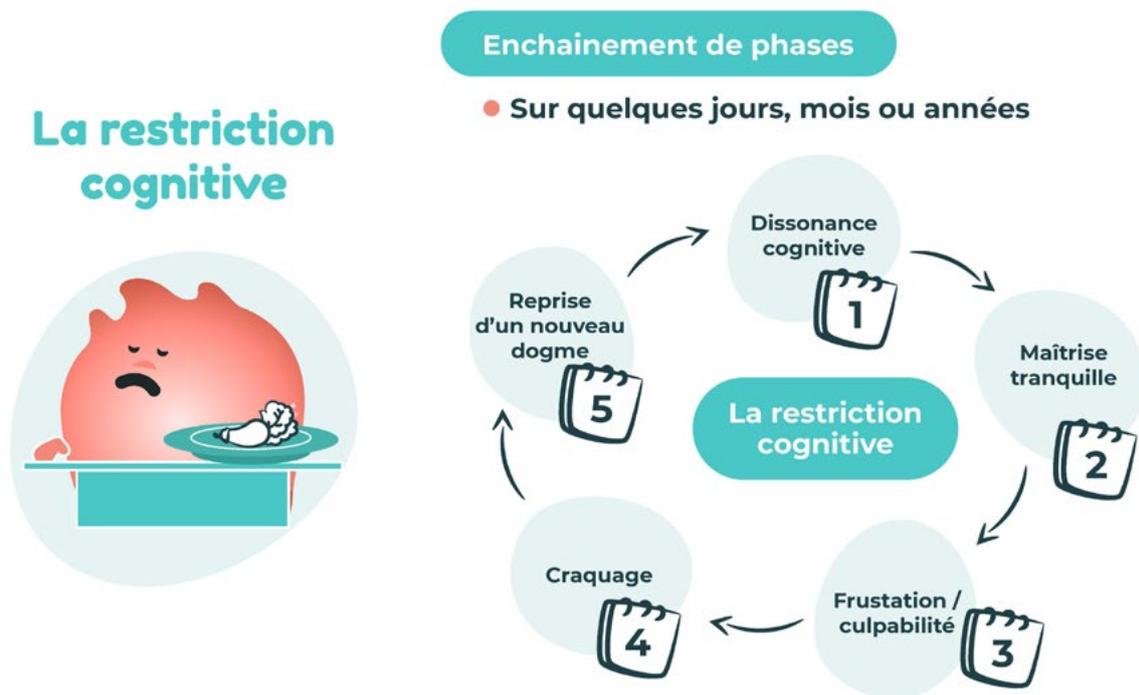
Le grignotage est caractérisé par **l'ingestion répétée**, quasi automatique, de **petites quantités de divers aliments non spécifiques sans ressentir de faim ou d'appétit**, bien que les aliments consommés soient souvent jugés agréables. Il s'agit d'un **comportement "passif"** où la disponibilité des aliments, facilement accessibles, joue un rôle essentiel. Il s'associe fréquemment à une **sensation d'ennui**. Le grignotage est facilement admis par les patients, car il ne s'accompagne pas spécifiquement d'un sentiment de culpabilité. Sa quantification est souvent difficile du fait de son caractère passif, répété et automatique.

La restriction cognitive

Il y a la restriction quantitative (réduire le volume de nos aliments) et la restriction qualitative (choisir nos aliments en fonction de leur composition).

La restriction cognitive est une **intention de contrôler ses apports dans le but de contrôler son poids**. C'est un processus mental de contrôle. Il s'agit **d'une intention**, ce qui ne signifie pas forcément que le contrôle des apports du poids seront présents. En effet la restriction cognitive est le fait de tenter ces contrôles **sans nécessairement y arriver**.

Elle se caractérise par la **non prise en compte des signaux de faim et satiété et par la prise en compte de croyances, habitudes et émotions**.

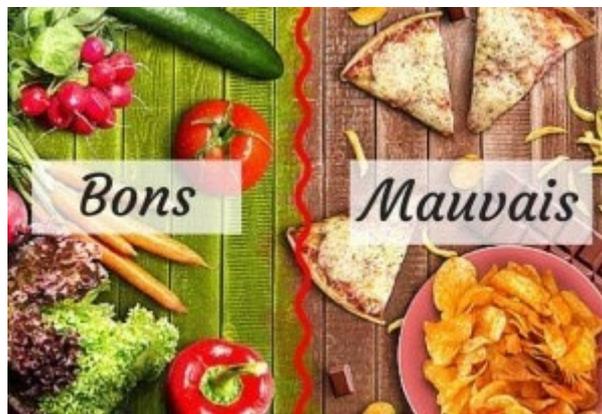


Des phases vont alors s'enchaîner selon la même alternance que ce soit sur une échelle d'heures, de jours ou d'années.

■ Phase 0: la dissonance cognitive.

C'est la phase **d'entrée dans la restriction cognitive**. C'est la **période du dogme** qu'on nous a implémenté (leaders d'opinions, pseudo-professionnels de la nutrition, médias, amis...). Il existe une bonne manière de manger, saine et équilibrée mais nous ne la suivons pas.

Cette phase sera alors marquée par une vigilance associée à une culpabilité bien tolérée et ponctuelle: «je vais manger cette raclette mais je vais quand même faire un peu attention et je ferai plus attention demain». Cette phase est bien tolérée, voire est même agréable jusqu'aux premiers kilos non reperdus. On contrôle...



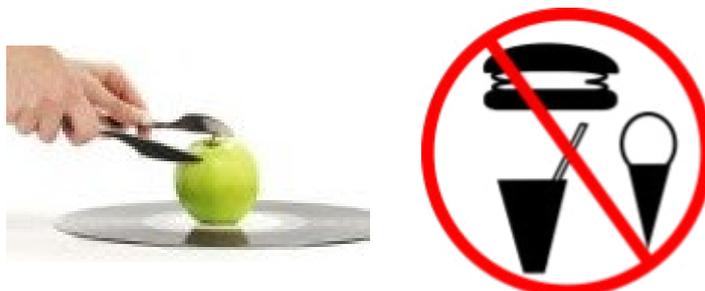
■ Phase 1: la maîtrise tranquille.

La personne, pour perdre les kilos pris, va **suivre des règles personnelles ou dictées par un tiers**. Elle **ne va donc plus respecter les signaux physiologiques que sont les sensations alimentaires** qui sont pourtant bien perçues. La personne tente de maîtriser ses signaux.



Le contrôle de la prise alimentaire est plus rigide donc durant cette phase. Vont apparaître des **stratégies de réduction**, d'évitements (aliments interdits) et **des stratégies compensatoires**.

Durant cette phase, il y a peu d'émotions induites, les personnes sont même contentes avec une impression d'avoir repris le contrôle sur elles-mêmes.



Lorsque les régimes se prolongent ou se répètent dans le temps, des **émotions vont alors être induites par le régime** : peur d'avoir faim, de grossir, de manquer, de craquer, des carences... Le couple frustration et culpabilité va apparaître. Là où les aliments devaient apporter un certain réconfort, nous allons **développer une insécurité alimentaire et donc un trouble du réconfort** (l'alimentation ne remplit plus son rôle de réconfort qui est physiologique puisqu'elle est source de peurs). **Il est important de comprendre que ces angoisses et/ou peurs ne sont pas liées au surpoids ou à l'obésité mais directement au régime.**

■ **Phase 2: Conséquences, le couple frustration-culpabilité**

On fait un régime avec du bon sens et de la vigilance soit 3 repas par jour sans grignoter, manger certains aliments à volonté (comme s'ils faisaient maigrir), manger des aliments en quantité limitée (rester raisonnable. Mais, c'est quoi être raisonnable ? Quelles quantités pour quels aliments ?), et éviter certains aliments (plus d'interdit car c'est moins vendeurs dans les régimes modernes mais à éviter quand même... ce qui revient strictement au même, car la notion de culpabilité est la même si cette règle est transgressée). On évite les pièges : vider les placards, éviter les boulangeries, acheter des aliments qu'on n'aime pas, éviter les invitations (on ne va pas foutre en l'air des semaines de régimes pour voir nos amis), éviter les restaurants... Enfin nous allons, dans le cadre des régimes, compenser nos erreurs (repas de fêtes, craquages, restaurants...) soit en se restreignant encore plus soit par l'activité physique.

L'évitement est une des caractéristiques de la phobie. **L'hypervigilance** est un des traits des troubles obsessionnels compulsifs. Les **mécanismes compensateurs** s'apparentent à de la « purge » ce qui est souvent associé aux troubles des conduites alimentaires.

Finalement ces régimes « pleins de bons sens et équilibrés » sont à l'origine de mécanismes pas si sains.

Au départ ces régimes fonctionnent et font maigrir. Mais la répétition aboutit à un phénomène où les personnes reprennent du poids (« plutôt mourir que de recommencer à reprendre encore une fois!») et prennent une **tournure mentale particulière et rigide**. Ils savent très bien ce qu'ils doivent faire, quels aliments sont autorisés et ceux à éviter. Ils vont donc consommer ces aliments autorisés sans faim, mais par peur de craquer pour les autres, pas peur d'avoir faim et par peur de grossir. Ces mécanismes aboutissent parfois à des **consommations excessives d'aliments qui « font maigrir »** (10 pommes ou yaourt 0% dans la journée pour éviter les 2 carrés de chocolat interdits) en oubliant qu'ils apportent des calories et souvent de manière importante. Les aliments interdits sont toujours présents mais on tient. On ne tiendra pas tout le temps et les personnes craqueront mais malheureusement bien souvent pour des quantités très importantes (phénomène de désinhibition). Ils craquent à la hauteur de leur restriction (compensation du manque mais aussi par anticipation du manque futur), sans réconfort et associé à une grande culpabilité.

■ Phase 3: Une finalité, le craquage

Prises de calories « autorisées » en quantité importante (car elles sont autorisées...) et prise de calories par craquages. Il y a donc un excès de calories qui aboutira à une **prise pondérale** car une calorie est une calorie. On prend du poids mais « plutôt mourir que de recommencer à reprendre encore une fois ! ». **On recommence alors un régime** : un autre, un plus récent, un qui a marché sur ma voisine, un paru dans les médias, un qui fait scientifique... mais qui aura la même finalité et fera rentrer la personne dans le **yoyo pondéral** dont il sera très difficile de ressortir par la suite. Ce yoyo par son effet métabolique, par les altérations qu'il va entraîner au sein du tissu adipeux (de la graisse) et de la balance énergétique, par l'épuisement psychologique qu'il aura favorisé pénalisera les prises en charge sérieuses qui visent à travailler sur les véritables problématiques de nos patients souffrant de surpoids et non sur le symptôme qu'est le poids (la balance peut être un outil de travail mais ne doit pas être le seul juge).

En résumé

Quand nous faisons un régime nous grossissons et quand nous grossissons nous faisons un régime.

Les patients que nous prenons en charge pour la première fois en sont souvent là. Il est important pour ces personnes d'identifier leurs véritables problématiques pour ensuite proposer un travail thérapeutique individualisée mais surtout adaptée à chacun. Ce travail ne peut s'effectuer que dans un cadre pluridisciplinaire en s'éloignant des tendances restrictives qui certes répondent à une demande de la population (et de certains patients « maigrir à tout prix » mais qui ne répondent pas à leur santé sur le long terme.

Autres définitions de la restriction cognitive

La restriction cognitive correspond selon **Herman et Polivy**, à une alimentation qui a cessé d'être contrôlée par des facteurs internes, par les sensations alimentaires, et qui devient **contrôlée par des facteurs cognitifs** (mentaux). Une alimentation planifiée, visant à être diététiquement trop correcte (diet-approved eating), entre alors dans le cadre de la restriction cognitive. *Polivy J, Herman H (1991) Good and bad dieters. Self-perception and reaction to a dietary challenge. Int J Eat Disord 10:91-99*

La restriction cognitive peut également se définir (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids – **GROS**) comme l'ensemble des comportements alimentaires, des croyances, des interprétations et des cognitions concernant la nourriture et la façon de se nourrir, découlant d'une intention de maîtriser son poids par le contrôle mental du comportement alimentaire. *Apfeldorfer G, Zermati JP (2006) La restriction cognitive est un trouble du comportement alimentaire. J Nutr Clin*

Ainsi...

Les prises alimentaires dépassent souvent le simple cadre énergétique.

Comprendre que la manière et l'objectif de notre alimentation est également lourdement impacté par nos émotions qui jouent un rôle dans la prise de poids.

Le comportement alimentaire



Prises alimentaires

- Dépassent le simple cadre énergétique

Comprendre

- Pourquoi nous mangeons ?
- Notre alimentation (impactée par nos émotions)
- Notre prise de poids

Et donc :

Rôle important du parcours thérapeutique pour accompagner la perte de poids

Vouloir occulter cette problématique majeure, par un régime ou par une solution «vendue comme miracle», ne pourra aboutir à une méthode thérapeutique adaptée.