

**ADDICTION ALIMENTAIRE ET SURPOIDS
PROPOSITION D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE PAR
ACUPUNCTURE**

Docteur Sylvie BIDON

226 rue Saint Julien
76100 Rouen
02 35 72 80 15

sbidon001@cegetel.rss.fr

Docteur Etienne SWAN

35 Allée Eugène Delacroix
76000 Rouen
02 35 70 84 79

etienne.swan@wanadoo.fr

RESUME : les problèmes de surpoids et d'obésité sont souvent liés à une désorganisation du comportement alimentaire (comme le craving, le snacking, l'hyperphagie). A côté du conseil nutritionnel, l'acupuncture peut avoir sa place dans l'aide à la prise en charge de ces troubles du comportement alimentaire. La réflexion menée sur ce sujet nous a conduit à suggérer que ces troubles pouvaient être en rapport avec des pathologies de blocage de charnières et à proposer des points en fonction des comportements alimentaires.

ABSTRACT : the problems of overweight and obesity are often associated with disruption of feeding behavior (such as craving, snacking, overeating). With the nutritional council, acupuncture can have a place in the assistance of these eating disorders. The reflection carried out on this subject led us to suggest that these disorders could be in keeping with pathologies of blocking of hinges and to propose points according to the food behaviors.

MOTS-CLEF : comportement alimentaire, obésité, snacking, hyperphagie, charnière, axe, *Shao Yang, Wei Cang, Guan Men, Jian Li.*

ADDICTION ALIMENTAIRE ET SURPOIDS

PROPOSITION D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE PAR ACUPUNCTURE

L'alimentation du patient en surpoids ou obèse est souvent une alimentation riche en calories, grasse et sucrée et finalement peu variée. Le patient va « grignoter » plus que manger à table, ce grignotage pouvant aller jusqu'à une addiction alimentaire plus ou moins compulsive (snacking). L'enquête alimentaire, nécessaire, fait partie intégrante de la consultation en acupuncture.

Mais quelle peut être l'aide apportée par l'acupuncture dans la prise en charge de ces troubles du comportement alimentaire en parallèle des conseils de nutrition ?

1) La première consultation en nutrition : approche bio-médico-sociologique

a) Facteurs sociaux et construction sociale de l'obésité

La sociologie de l'alimentation nous montre que les pratiques alimentaires participent à la construction sociale des identités. (1)

Les déterminants sociaux jouent un rôle important dans le développement de l'obésité.

La médicalisation de l'obésité peut contribuer à la stigmatisation des sujets obèses et les enfermer dans un ghetto diétético-psychologique. (2)

Démédicaliser la prévention ne veut pas dire se priver des connaissances des sciences de la nutrition dans les programmes d'éducation, mais au contraire les articuler aux dimensions socioculturelles de l'alimentation (3)

L'éducation alimentaire doit tenir compte des différentes dimensions de l'acte alimentaire : son lien à la santé, son lien au plaisir et ses dimensions sociales et symboliques. Il est essentiel de respecter les processus de socialisation et de construction des identités.(3)

b) Déterminants psychologiques de l'obésité

La recherche des déterminants psychologiques de l'obésité reposait sur le postulat selon lequel l'obésité résulte toujours d'une hyperphagie sous-tendue par une perturbation psychologique. (4)

Les études scientifiques ont échoué à mettre en évidence une personnalité ou une psychopathologie spécifiques pouvant être désignées comme LE « facteur psychologique pathogène » responsable du développement de toute obésité chez l'homme. (5)

Dans les années 1990, les recherches ont identifié chez les obèses une constellation de symptômes psychologiques secondaires à l'obésité et les préjudices sociaux qu'elle induit.

La médicalisation systématique de l'obésité et du comportement alimentaire apparaît aujourd'hui en partie responsable de la désorganisation du comportement alimentaire des obèses par l'intermédiaire de la restriction cognitive induite par les régimes ; elle contribue également à cautionner la stigmatisation sociale qui aggrave l'anxiété et la dépression des obèses. (6)

La prise en charge psychologique consiste toujours à aider le sujet à retrouver sa spontanéité alimentaire et à relativiser l'importance de son poids sur son destin.

c) Le conseil nutritionnel

Le mangeur moderne est soumis à un foisonnement de discours contradictoires sur le mode du « il faut ». La modernité se caractériserait donc par une crise de l'appareil normatif et par l'inflation d'injonctions contradictoires. La multiplication des discours hygiénistes, esthétiques, identitaires et les modes qui les traversent participent à ce que Fischler nomme la « cacophonie alimentaire » . L'élargissement de l'espace décisionnel, que les sociologues désignent comme la mise en place d'une relation « réflexive » à l'alimentation, justifie la mise en place d'une politique d'éducation alimentaire pour faciliter la prise de décision ou, à l'échelle de la relation clinique, la diffusion de conseils alimentaires.

Le conseil nutritionnel doit être individualisé et réaliste car l'objectif est le long terme.

L'excès d'apport dépend pour une large part de la densité calorique de l'alimentation (lipides des aliments, glucides et alcool des boissons), des prises alimentaires extra-prandiales, des troubles du comportement alimentaire :

- le grignotage
- le craving des anglo-saxons ou besoin impérieux de manger en dehors des repas qui prend le nom de snacking s'il s'agit d'aliments empaquetés (biscuits salés, sucrés)
- la compulsion alimentaire ou consommation impulsive, soudaine d'un aliment donné en dehors des repas
- l'accès boulimique qui se pratique seul, s'effectue au delà de toute satiété
- les prises alimentaires nocturnes ou night eating syndrom (NES) etc....

La priorité est de réduire l'excès d'apports prandiaux, extraprandiaux, de repérer les sujets restreints dont l'alimentation est très dense en calories, et non de prescrire des régimes restrictifs sévères, source de désordres alimentaires. La sous estimation des apports fait partie de l'évaluation : elles se définit comme une appréciation des apports caloriques contradictoire avec les mesures de la dépense énergétique de repos (DER): par exemple une enquête à 1200 calories par jour chez un sujet dont la mesure de DER est à 2000 calories /24h, alors qu'il est actif et ne perd pas de poids ; cette sous-estimation est fréquente chez les patients en situation de restriction cognitive.

Les recommandations diététiques visent avant tout à restructurer les prises alimentaires, réduire la densité calorique. La densité calorique d'un aliment est le rapport entre le contenu calorique d'une quantité donnée de cet aliment et son volume. L'évaluation de la densité calorique est essentielle à l'établissement du conseil diététique. En effet, la densité calorique est largement en cause dans l'excès d'apports alimentaires en favorisant la consommation rapide des calories et en mettant en échec le système de contrôle de la prise alimentaire : plus une alimentation est dense en calories, moins elle est rassasiante et plus elle favorise des prises alimentaires non contrôlées. De plus, la densité calorique de l'alimentation dépend pour une large part des calories lipidiques.

Plaisir alimentaire et convivialité doivent être maintenus ou restaurés.

2) Une pathologie de charnière

Les points proposés sont le résultat d'une réflexion menée avec le Docteur Josyane Monlouis, réflexion dont le point de départ était l'étude du point *Wei Cang*, V50 et son possible intérêt dans les troubles du comportement alimentaire en excès. Cette réflexion n'a pas valeur de théorie, la liste des points n'est pas exhaustive et ce travail est une ébauche qui doit servir de point de départ à une discussion et un échange d'expériences avec le groupe.

Au fur et à mesure de notre étude, des discussions autour de nos expériences et des études des textes et des points, nous avons été amenées à nous demander si les problèmes de troubles du comportement alimentaire en excès avec surpoids n'étaient pas en rapport avec des pathologies de blocage de charnières :

- une charnière horizontale constituée par l'alignement sur un même axe des points *Wei Cang*, V50- *Guan Men*, E22 - *Jian Li*, RM11
- une charnière verticale, la charnière *Shao Yang*.

a) Une charnière horizontale

A partir de l'étude du point *Wei Cang*, V50, nous nous sommes intéressées aux points se trouvant sur la même ligne horizontale du corps, selon un axe transversal, axe qui sépare et limite (Dr J-L Laffont [8]). Sur cet axe se trouvent trois points opposés et complémentaires en relation avec la notion d'appétence et de satiété : *Wei Cang*, V50 - *Guan Men*, E22 et *Jian Li*, RM11.

- *Wei Cang*, V50 [9] :

Wei : estomac

Cang : grenier, dépôt, magasin

Il tonifie la rate, harmonise le Qi, régularise le Réchauffeur moyen, transforme l'humidité.

Dans ses indications on note : ballonnement abdominal de type vide, oedème, difficulté à s'alimenter.

Il peut être intéressant dans les notions de perte de satiété, de perte de la fonction de « grenier », pour les patients qui ont l'impression de ne jamais être rassasiés, d'avoir un vide en permanence et reprennent l'image « du sac sans fond qu'il faut remplir continuellement »

- *Guan Men*, E22 [9] :

Guan : barrière, barre de bois servant à fermer la porte

Men : porte, portail

Nom secondaire : *Guan Ming*, *Ming* : briller, rayonner, lumière du jour

Il tonifie la rate et fortifie le Qi, harmonise l'estomac et mobilise la stagnation des aliments.

C'est un point d'innapétence associée à des phénomènes d'oedème, de ballonnement abdominal, de diarrhée, de perte d'urine.

Le patient dit manger peu, souvent il mange mal et il grossit avec l'impression de « rétention ».

- *Jian Li*, RM11 [9] : c'est le lieu dit de la fondation

Jian : fonder, établir, constituer, ériger

Li : habitation, demeure, village ou groupe de famille, hameau, quartier, unité de distance

C'est un point de montée/descente lié à la notion de centre de l'être humain (Dr J-L Laffont [8]).

Il tonifie la rate, élimine l'humidité, harmonise l'estomac, dissipe les stagnations de nourriture.

Dans ses indications, on note : ballonnements abdominaux, oedème du corps, douleur du coeur et de l'épigastre irradiant vers le dos et le diaphragme, inappétence.

b) La charnière Shao Yang

Le Shao Yang en tant que charnière du Yang peut être impliqué dans les obésités de protection des sujets qui grossissent pour se protéger du monde extérieur ressenti comme agressif (Dr J-M Kespi [10]). La capacité à décider du juste et de l'exacte, la capacité à trancher, à être dans le « juste milieu » (fonction de l'entraille Vésicule Biliaire) n'est plus possible, il y a perte du discernement à s'alimenter d'où addiction alimentaire compulsive (voir boulimie). Il s'agit de sujets très vulnérables, hypersensibles qui ont un comportement alimentaire de grignotage plus ou moins compulsif sans faim.

Deux points sont intéressants dans ce cas : *Guang Ming*, Vb37 et *Lin Qi*, Vb41 (technique de régularisation par les points Shu et Luo, Dr J-M Kespi [10]).

- *Guang Ming*, Vb37 [9] :

Guang : brillant, lumière, gloire

Ming : briller, clair, perspicace, monde des vivants

Il purifie la chaleur du Foie, clarifie la vue, empêche la montée du Feu, chasse le Vent, vivifie les Luo, élimine l'humidité.

- *Lin Qi*, Vb41 [9] :

Lin : abaisser ses regards sur, approcher de, sur le point de, 19 des hexagrammes

du « Livre des Mutations »

Qi : souffle

Il draine le Foie, harmonise le Qi, apaise le Vent, purifie le Feu, clarifie la vue, éveille le cerveau, calme la peur, transforme les glaires.

Un troisième point peut être intéressant :

- *Shuai Gu*, Vb8 [9] :

Shuai : se soumettre à, inconsidérément, modèle

Gu : vallée, gouffre

Noms secondaires : *Shuai Gu*, *Shuai* : grillon

Shuai Gu, *Gu* : os

Er Jian, *Er* : oreille, étendre, anse, latéral

Jian : pointe, pointu, de premier choix

Il disperse le Vent, vivifie les Luo, apaise la terreur, calme la douleur.

Dans ses indications on note : excès d'alcool avec dégagement de Vent-Chaleur, impossibilité de s'alimenter et de boire, nausées, vomissements, accumulation de glaires froides au niveau du diaphragme et de l'estomac, oedème.

Point connu pour son indication dans les addictions. Il pourrait même avoir une indication dans les boulimies (notion de stagnation de froid dans l'estomac entraînant des vomissements).

Conclusion

Suite à ce travail, plusieurs associations de points nous ont paru intéressantes dans l'aide à la prise en charge du surpoids et des troubles du comportement alimentaire addictif :

- *Guang Ming*, Vb37 - *Lin Qi*, Vb41 et *Shuai Gu*, Vb8 pour les sujets en surpoids du fait d'un comportement alimentaire de type « grignotage » avec addiction plus ou moins compulsive, **snacking**

- *Wei Cang*, V50 - *Jian Li*, RM11 pour les sujets en surpoids pouvant manger en permanence par absence de satiété : **hyperphagie avec prise alimentaire importante lors des repas, trouble du comportement alimentaire associé avec snacking+++ (aliments salés, sucrés, sous emballage), alimentation nocturne (night eating syndrome)**

- *Guan Men*, E22 - *Jian Li*, RM11 pour les sujets disant manger peu, avec peu d'appétence mais prenant du poids : **trouble du comportement alimentaire avec snacking+++ devant la télé**, ce qui est fréquent.

Bibliographie :

- 1)
- 2) Basdevant A, Guy-Grand B, Poulain JP, Sociologie de l'obésité: facteurs sociaux et construction sociale de l'obésité. *Médecine de l'Obésité*. Médecine-Sciences Flammarion 2004. p 17-24
- 3) Rochereau B, Comportement alimentaire de l'adolescent obèse: doit-on prendre en charge les parents ? *Cahier de nutrition et de diététique*, 2009, 44, 97-148
- 4) Basdevant A, Guy-Grand B, Golay A, Volery M, Rieker A, Fossati M, Nguyen-Howles M, Approche cognitivo-comportementale. *Médecine de l'Obésité*; Médecine-Sciences; Flammarion 2004, p 246-251
- 5) Basdevant A, Guy-Grand B, Le Barzic M, Les déterminants psychologiques de l'obésité, *Médecine de l'Obésité*; Médecine-Sciences; Flammarion 2004, p 59-62
- 6) Apfelbaum M, Romon M, Dubus M, *Diététique et nutrition*, Paris:Masson, 2004. 535p. ISBN 2-294-01377-
- 7) Basdevant A, Guy-Grand B, Gougis S, Alimentation. *Médecine de l'Obésité*; Médecine-Sciences; Flammarion 2004, p 228-245
- 8) Basdevant A, Guy-Grand B, Cornet P, Le médecin généraliste et la prévention, le dépistage et la prise en charge des obésités. *Médecine de l'Obésité*. Médecine-Sciences Flammarion 2004, p 387-391
- 8) Laffont J-L, *Les centres de l'être humain*; Séminaire SAHN; Rouen, 2010.
- 9) Guillaume G, Mach Chieu, *Dictionnaire des points d'acupuncture, tomes I et II*; Guy Trédaniel Editeur; La Tisserande; Tome I, p 113-114, 328-329, 478-479, 520-521, 528-530; Tome II, p 651-652.
- 10) Kespi J-M, *Comportement alimentaire, assimilation, obésité, maigreur*; AFERA; L'appareil digestif, tome III, 1989, p 117-137.