



Le mot du Rédac'tchef, Gérard Apfeldorfer

Le GROS s'est fait lillois un week-end afin d'explorer l'image du corps. Ah, le corps ! Ah, son image ! Quel encombrement. Où le mettre, ce corps, et qu'en faire, lorsqu'il n'est pas conforme ?

Les problèmes alimentaires sont en définitive en grande partie des problèmes corporels. Et pourtant, ce corps-là reste en friche. Personne ne semble trop bien savoir par quel bout le prendre, si bien que la plupart

des nutritionnistes, diététiciens, thérapeutes et psys de tout poil, préfèrent faire l'impasse sur ce corps malencontreux.

Pas tous, cependant. Certains, courageux, s'y prennent à bras le corps. D'autres aimeraient que ce corps parle, s'exprime, se dénoue. D'autres encore considèrent que ce n'est pas tant le corps réel qui fait problème, que le corps fantasmatique, le désir de corps. Ce qu'il conviendrait alors de faire

évoluer, ce sont les représentations de ce corps. Les représentations du patient, bien sûr. Mais cela est-il possible si le thérapeute ne modifie pas ses propres croyances ? Tout deviendrait plus facile, sans doute, si dans une perspective de prévention, on parvenait à faire un tant soit peu évoluer le discours social.

Incarnons cette démarche!

Téléphone
2011

Finis le téléphone fixe, nous sommes passés au portable !

Alexia, notre secrétaire, est désormais joignable de 13h30 à 16h30 le lundi, mardi, jeudi et vendredi au 06 43 84 16 30.

Sommaire

GROSInfo numéro 4



Actualités

- Les projets scientifiques du GROS, Bernard Waysfeld page 3
- Mise en bouche du travail sur le corps page 4
- Quelques photos du week-end de réflexion à Lille page 6
- Evolution de l'enseignement du GROS page 7
- Demandez le programme ! page 8

Expression libre

- Encore une mauvaise « bonne idée » page 9

Espace membre

- Le site internet: mode d'emploi page 10
- Réflexion pour nos diététiciens
- Les antennes du GROS

Lu pour vous

- Anthropologie du mangeur de pain page 11
- Manuel de cuisine populaire
- Pour une sagesse moderne, les psychothérapies de 3ème génération

Congrès du mois

- Istanbul, nous y étions ! page 13
- Le pré-programme du congrès du GROS

Les projets scientifiques du GROS

Pourquoi lancer des études scientifiques ?



Pasteur ne s'était livré à aucune étude statistique lorsqu'il observât que les poules non vaccinées et qui de surcroît avaient les pieds dans l'eau, étaient victimes du fameux choléra des poules.

Freud, malgré ses échecs flagrants dans sa thérapie analytique*, n'a eu besoin que de 5 psychanalyses pour influencer tout le 20e siècle.

Plus proche de nous, le traitement de la méningite tuberculeuse n'a pas non plus nécessité de méthodologie complexe avec l'arrivée de la streptomycine. D'un côté, des enfants guéris, de l'autre, des morts.

Trêve de plaisanterie ! Dans le champ des obésités et des TCA, nous sommes confrontés à une multifactorialité massive (plusieurs centaines d'items sans doute) et il va de soi que nous ne pouvons pas toujours promettre à nos patients une réconciliation avec leur comportement alimentaire, leur corps, leur image, leur satiété... Il serait souhaitable de préciser quelles populations peuvent bénéficier de l'approche du GROS. Je me permets de formuler déjà quelques hypothèses :

- Il ne faut pas que l'obésité soit ancienne, enkystée et irréversible;
- Il n'est pas souhaitable non plus qu'elle soit massive;
- Autant que faire se peut, cette promesse ne devrait concerner que les sujets au-dessus de leur set-point – ce qui n'est pas facile à définir mais pas impossible non plus (mon autoquestionnaire répond souvent à cette question);
- Les comportements alimentaires pathologiques psycho-déterminés semblent les plus accessibles si une approche psychologique est correctement menée;

● La restriction cognitive, concept ô combien fécond, doit être envisagée et traitée, ce qui permet nombre de succès.

Quelques pistes peuvent déjà être envisagées :

● Un travail approfondi sur la restriction cognitive puisque nous pourrions mettre en place en parallèle le questionnaire du GROS et d'autres questionnaires validés ; et ainsi évaluer et l'approche thérapeutique et sa spécificité.

● Celle des micronutriments : des travaux commencent en effet à apparaître (International Journal Of Obesity 2010, 34-947-948 et Li wang et al, même numéro, 1070-1076) et montrent des déficits en micronutriments chez de nombreux obèses.

Des dosages sanguins précis sont dorénavant fiables et peuvent être réalisés par le Professeur Anne-Marie Rousset à Grenoble.

De fait ces deux pistes pourraient être associées dans la mesure où on peut formuler l'hypothèse qu'au sein de la population obèse, ce sont les sujets les plus en restriction cognitive qui pourraient présenter un déficit en micronutriments.


D'autres suggestions sont les bienvenues.

Il n'est pas pour moi question d'approfondir dans ce court billet la manière dont j'envisagerais de creuser ces questions, mais que ceux ou celles qui sont intéressés me fassent signe, afin que nous puissions constituer ensemble un travail d'expertise.

Notre association perd en crédibilité à force de fonctionner par affirmation globale sans sélectivité ; il est temps de rétablir un peu de précision dans un monde complexe et confus.

Bernard Waysfeld

Mise en bouche de la réflexion sur le corps, Lille 2011

 **Pierre Dalarun, psychomotricien**
Corps Accord en Psychothérapie

Obésité et Psychothérapie à Médiation Corporelle

A quel modèle théorique se réfère le travail corporel en psychothérapie ? Psychanalyse ? Comportementalisme ? Cognitivism ? Bouddhisme, Chamanisme ?

Les influences sont multiples et les modèles théoriques nombreux. Nous retiendrons 2 axes conceptuels convergents : la Phénoménologie (Maurice Merleau-Ponty) et la Complexité (Edgar Morin).

Merleau-Ponty place la perception et l'expérience vécue au cœur de ses recherches, il est à l'origine du concept de corporéité.

Edgar Morin définit les organismes vivants (dont nous les humains) comme étant dotés d'une capacité d'« auto-éco-ré-organisation », ce qui implique une relation constante entre le fonctionnement et la constitution.

Ne sommes-nous précisément avec nos patients confrontés à des problématiques touchant à leur corporéité et leur capacité à s'auto-réguler ? Cette dissociation entre la constitution corporelle et le fonctionnement corporel est caractéristique de la prise de poids pathologique, le bouclage de la « production de soi » est inflationniste et l'existence du moi-corporel est menacée. C'est généralement le projet d'une Psychothérapie à Médiation Corporelle d'amener nos patients à habiter un corps animé par ses besoins, ses désirs et son imaginaire.

La psychothérapie est toujours corporelle

Même une psychothérapie verbale (analytique ou cognitive) met en jeu le corps dans l'interrelation patient/thérapeute : voix, regard, mimique, gestuelle, posture, etc. Au-delà des discours, les informations corporelles et émotionnelles font partie du travail, a fortiori si la psychothérapie utilise des outils corporels. C'est essentiellement la présence corporelle du thérapeute qui crée les conditions d'une écoute contenante et soutenante, afin de créer un cadre « secure ».

Christophe Dejourné insiste sur le fait, dans son travail analytique, qu'« Il suffit d'accuser réception des mouvements du corps éprouvés pendant les séances » et il ajoute « La suite du travail de perlaboration, l'analyste n'a pas à le faire, c'est le travail propre du patient. » Le concept de perlaboration n'étant pas très éloigné de celui d'auto-ré-organisation. Pour unifier nos approches, ne s'agirait-il pas d'articuler des concepts tels que auto-ré-organisation, régulation, homéostasie, et pourquoi pas perlaboration ? Le concept d'auto-ré-organisation implique les notions de tourbillon (spirale), de répétition régulière puis d'émergence, de bifurcation plus que de changement. Un processus thérapeutique doit créer les conditions de ses émergences pour impulser une bifurcation dans

la vie de nos patients, et non pas téléguider le changement vers des cibles données. Les outils corporels sont précieux quand la situation est bloquée, quand la parole est stérile, quand la pensée est « opératoire », quand le factuel l'emporte sur le vivre.

La psychothérapie est toujours relationnelle

Les outils utilisés en Psychothérapie à Médiation Corporelle sont les médiateurs indispensables à cette relation, mais ils ne représentent pas à eux seuls « la clé » d'un « changement ». Ce qui soigne avant tout c'est la relation, à condition pour le thérapeute de n'être ni dans la « neutralité » muette et « bienveillante », ni dans la prescription stricte d'un comportement à adopter, mais plutôt dans une tentative d'accordage relationnel. Les exercices corporels ne sont ni plus ni moins, dans cette problématique, qu'un média relationnel entre le patient et le thérapeute. Il s'agit donc d'installer nos patients dans un processus d'apprentissage : apprendre des exercices pour apprendre de soi-même, pour apprendre de son corps, pour apprendre à vivre son corps.

Les outils corporels servent à accompagner le patient dans un chemin qui l'éloigne du « faire » et le rapproche du « vivre ».

La Psychothérapie à Médiation Corporelle s'inscrit donc dans une dynamique psycho-pédagogique particulière proche de la « non-directivité » de Carl Rogers.

La méthode non-directive est avant tout informante pour le patient, une information vécue qu'il va puiser en lui pour s'auto-ré-organiser de façon inconsciente à partir d'un étayage relationnel.

En conclusion

Le thérapeute corporel que nous sommes tous (ou presque) devenus,

Se doit d'éviter certains écueils :

- se limiter à une transmission de techniques (recettes)
- utiliser le même référentiel pour tout le monde
- s'imposer comme un modèle inaccessible
- suggérer ce qu'il faut sentir
- induire une idéologie ésotérique ou religieuse (guru)
- être faussement empathique
- attendre des résultats
- questionner le faire

Et doit satisfaire certaines obligations :

- pratiquer personnellement ce qu'il enseigne
- ne pas imposer son vécu au patient mais le mettre en partage
- respecter le niveau d'acquisition du patient
- respecter les défenses ou réticences du patient
- prêter attention au langage non-verbal sans l'interpréter
- repérer les incohérences langage verbal / langage non-verbal
- parler « vrai »
- laisser paraître ses émotions sans les mettre en scène
- questionner le vécu

Gérard Apfeldorfer, psychiatre
ARTHUR, OÙ T'AS MIS LE CORPS?



Les personnes obèses vivent dans l'inconfort corporel : les surfaces portantes, les zones de friction, les articulations des membres inférieurs, la colonne vertébrale sont plus intensément ressenties et fréquemment le siège de douleurs. Comme certains mouvements sont compliqués par le surpoids, le corps est senti comme un bloc inerte, rigide, sans souplesse.

Un poids supérieur et donc des forces centrifuges et centripètes ressenties plus intensément, allié à une musculature insuffisante par rapport au poids corporel, crée chez l'obèse la sensation d'être soumis à des forces extérieures incontrôlables.

Il se crée un cercle vicieux : le corps étant difficile et douloureux à mouvoir, l'obèse est économe de ses mouvements. L'immobilité lui permet ainsi d'oublier son corps insatisfaisant alors que le mouvement ne cesse de le lui rappeler. Mais l'immobilité conduit à une dégradation de l'image du corps, engendrant elle-même encore plus d'immobilité.

De plus, gros dans un monde de minces, les personnes obèses développent une image du corps dédoublée, l'une fantasmagique, mince et en miroir des autres, l'autre correspondant à la perception de leur propre corps. Le corps fantasmagique de l'obèse est, selon les cas et les circonstances, plus ou moins gros, voire mince, tandis que le soi corporel (body self) et le schéma corporel correspondent davantage à la réalité corporelle.

La glorification actuelle d'un corps lisse, sans aspérité, sans odeur, en définitive insubstantiel et irréel, conduit les personnes obèses, au corps trop présent, à ressentir de la honte et à une perte de l'estime de soi. Sur le plan des relations sentimentales, cela peut se traduire par ce que j'ai appelé un syndrome de Groucho Marx : Personne ne peut aimer quelqu'un ayant ce corps, quelqu'un qui m'aime avec ce corps n'est pas aimable.

Les thérapies corporelles (soins du corps, massages, relaxation), les mises en mouvement du corps (marche, danse, mime) permettent un recentrage sur le corps.

L'apparence corporelle peut être revisitée sous forme de confrontation à son image réelle (photographies, vidéos, miroir) ou imaginaire (dessin, sculpture du corps).

L'entraînement aux habiletés sociales aborde l'évitement des situations sociales. On apprend à valoriser l'apparence (vêtements mettant

le corps en valeur, maquillage, propreté) à affronter le regard de l'autre dans lieux publics (par ex. rues, transports en commun, piscines).

La thérapie cognitive peut être couplée aux méthodes précédentes et aborde les discours négatifs sur le corps (mes fesses sont horribles, je ne vais jamais me marier...), permet d'élaborer des pensées alternatives (« j'ai un ventre proéminent » plutôt que « j'ai un ventre horrible »). Citons tout particulièrement le programme « CBT for negative body image » de Rosen (1989, 1990) en 8 sessions, reprenant les éléments précédents.

On peut faire appel aux techniques de thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience. Le sujet focalise délibérément son attention sur ses sensations corporelles zone après zone, en acceptant sans jugement de valeur les sensations quelles qu'elles soient (on privilégie le schéma corporel sur le corps fantasmagique).

On prend connaissance des événements mentaux qui se présentent, sans jugement, sans recherche des origines, avec curiosité et bienveillance

Les pensées, images mentales, auto-commentaires sur le corps, et les émotions que ces pensées allument sont à accepter en tant qu'événements mentaux, sans jugement, sans effort de changement.

Quels sont les résultats des différentes approches sur l'image du corps ?

L'approche TCC classique ne prend pas en compte l'image du corps et a peu d'effet sur la satisfaction corporelle (Rosen et al. 1990, 1995; Schwartz & Brownell, 2004).

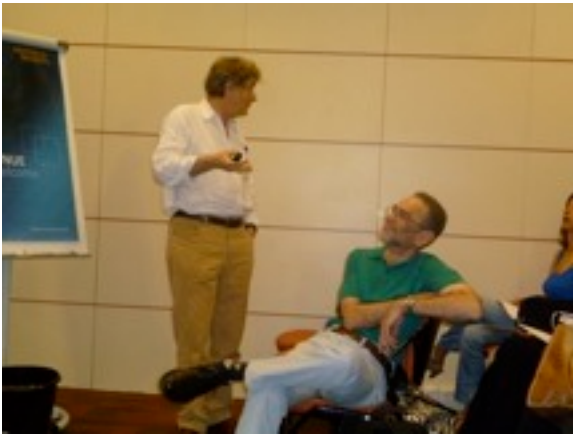
Les approches alternatives « non-diet » ont des effets favorables sur la restriction cognitive, la dépression, l'estime de soi, mais peu d'effet sur l'insatisfaction corporelle (Garner & Wooley 1992; Rothblum, 1993).

Les approches « non-diet » et les thérapies de l'image du corps peuvent améliorer l'image du corps sans perte de poids (Bacon & al 2002, Rosen & al. 1995)

Le travail sur le comportement alimentaire, le fait de maigrir ne permettent pas qu'on se sente bien dans son corps et qu'on en accepte l'apparence. Pensons aux anorexiques mentales, jamais assez minces! Rappelons-nous Hilde Bruch (1984) qui évoque les « obèses maigres », des personnes amaigries, mais obsédées par leurs formes corporelles et par leur alimentation), ou la « phantom fat » de Thomas Cash (1990).

En fait, les conduites alimentaires ainsi que l'évolution pondérale d'un ôté, et l'image du corps de l'autre, sont deux variables indépendantes et un double travail thérapeutique doit donc être effectué. Nos patients ne sont véritablement tirés d'affaire qu'à partir du moment où ils s'acceptent dans leur incarnation présente.

(Le texte complet de cette présentation, une bibliographie détaillée, ainsi que les diapos présentées seront à disposition sur gros.org dans le courant de l'automne).



Lille 2011, une recette réussie !

De la réflexion dans un esprit familial, détendu...



A laquelle se sont ajoutées :

La découverte de la gastronomie, de la vie nocturne et de la richesse architecturale !



L'enseignement du GROS



«Je n'ai pas besoin de faire la formation du GROS. J'ai déjà compris : je ne donne plus de régime depuis des années. » Peut-être avez-vous entendu, comme moi, ce discours. Peut-être vous demandez-vous ce que cette formation peut bien apporter. Se résumerait-elle à un discours de 16 jours contre les régimes, une sorte de version live super longue du rapport de l'ANSES sur les régimes amaigrissants ? Loin s'en faut..

Oui, mais, diraient certains, « je ne prescris plus de régime et ça se passe très bien. Aucun intérêt à me former ». Définissons d'abord ce que nous entendons par une absence de régime. Dire simplement aux patients d'arrêter les régimes sans autre explication ne suffit pas à générer une diminution de leurs ingesta. Ou très rarement. Certains pensent que c'est là notre discours. On comprend qu'ils n'y adhèrent pas.

La façon la plus courante de procéder « sans régime », est de prescrire une restriction plus souple, genre PNNS. L'objectif est cependant toujours le même qu'avec un régime : donner des repères externes au patient pour l'aider à manger moins. Même si on évite le nom de régime (on observe une créativité sémantique débordante), le résultat est tout aussi désolant. Alors autant appeler un chat un chat. Et un régime un régime.

La vraie alternative aux régimes consiste à apprendre au patient à se baser sur des critères internes, ses sensations alimentaires. C'est là notre approche. De plus en plus de professionnels ont entendu et retenu ce discours et le proposent à leurs patients. Pourquoi dès lors faire 16 jours de formation pour dire « mangez selon votre faim » ? Vous avez trouvé : si le patient avait les moyens de manger selon sa faim sans difficulté, il le ferait probablement déjà. Le problème apparaît donc lorsque le patient ne perçoit pas ou peu ses signaux alimentaires, ou que ses pensées et ses émotions l'empêchent d'en

tenir compte, ou encore qu'il a une demande qui déborde le cadre alimentaire. Dans ce cas, sans formation, le soignant n'a pas d'autre solution que de dire à son patient qu'il ne peut pas l'aider, ou de se rabattre sur une diététique plus rigide. Retour à la case départ.

La formation de base du GROS a pour objectif de donner les moyens aux soignants d'accompagner efficacement leurs patients sur le chemin de la découverte et du respect de leurs sensations alimentaires. C'est un voyage enrichissant et souvent très positif pour le patient, mais aussi très difficile. En cheminant, on s'y heurte aux croyances, aux émotions, aux pensées automatiques et aux difficultés à accueillir, respecter et habiter son corps. Ce ne sont pas de petits obstacles et une formation de 16 journées est finalement bien courte pour arriver à se sentir à l'aise dans cette approche. Mais c'est un très bon départ que nous cherchons chaque année à rendre encore plus complet et efficace. Si au début, la formation du GROS était davantage une invitation à une réflexion, une juxtaposition d'interventions, un peu comme un long congrès passionnant c'est maintenant une formation structurée et précise avec une approche cohérente, sanctionnée par un examen en fin d'année.

Malgré cela, nous ne prétendons pas répondre à toute question qui pourrait se poser avec vos patients. Ce serait mal connaître la complexité de la tâche qui est la nôtre. Notre formation de base est le point de départ d'une recherche humble et sans fin de compréhension et d'outils pour être toujours plus à même d'aider les patients : livres, stages, congrès, échanges avec des pairs ... C'est un voyage pour le patient et pour nous quand on travaille ensemble, mais notre quête d'amélioration de notre prise en charge en est un autre. Que de voyages passionnants toute l'année ! Même plus besoin de vacances Bon n'exagérons rien. Bonnes vacances à tous et à bientôt !

Ulla Menneteau, responsable de la formation

Faire la formation du GROS, c'est ...

Apprendre une nouvelle prise en charge

Notre formation est construite dans l'objectif de vous fournir un maximum de compréhension et d'outils pratiques nécessaires à une prise en charge psycho-nutritionnelle. Notre approche se base sur une prise en charge tri-axiale. Au fil des différents modules, vous apprendrez à comprendre et repérer la restriction cognitive et à la traiter en permettant à vos patients de cheminer vers une alimentation basée sur l'écoute des sensations alimentaires, après avoir travaillé sur les croyances liées à différents aliments, sources d'émotions inconfortables et incompatibles avec la régulation. C'est là, le premier axe de notre prise en charge. Comme vous le savez, les réponses alimentaires émotionnelles sont un défi important dans l'alimentation de nos pa-

tients. C'est pourquoi notre deuxième axe de prise en charge concerne le travail sur les émotions. Le troisième axe concerne le corps, l'acceptation de soi et de son poids d'équilibre, le ré-investissement du corps et les compétences sociales nécessaires à certains de nos patients pour avoir une bonne qualité de vie malgré un corps « hors normes ».

Mais la formation ne se résume pas à ces trois points. Vous apprendrez également des techniques d'entretien et des méthodes de travail comme l'élaboration d'une analyse fonctionnelle. Nous avons également à cœur de vous donner une compréhension plus approfondie de ce que peuvent vivre nos patients pour mieux répondre à leurs besoins.

Faire la formation du GROS, c'est aussi ...

Communiquer avec les autres stagiaires 2012

Recevoir des supports de cours

Faire des exercices sur votre comportement alimentaire.

Evaluer vos compétences

Demandez le programme !

Vendredi 13 janvier et Samedi 14 janvier 2012

Jean-Philippe Zermati (Médecin nutritionniste, Paris)

Présentation du modèle biopsychosensoriel. Sémiologie et traitement de la restriction cognitive.

Jeudi 2 février 2012

Gérard Apfeldorfer (Psychiatre, Paris)

Présentation des outils des thérapies cognitives et comportementales pour investiguer et modifier les trois cycles : le cycle de la restriction cognitive, le cycle des réponses alimentaires émotionnelles et le cycle du corps mal aimé.

Vendredi 3 février 2012

Bernard Waysfeld (Psychiatre, Paris)

Existe-t-il des personnalités à risque d'obésité ou de troubles du comportement alimentaire ? Principe des bases de la prise en charge psychodynamique chez les patients obèses et /ou souffrant de T.C.A.

Le transfert dans la relation psychothérapeutique.

Samedi 4 février 2012

Bernard Waysfeld (Psychiatre, Paris)

Comment " scorer " son patient obèse ou souffrant de troubles du comportement alimentaire ? Conséquences et exemples. Présentation du questionnaire de Bernard Waysfeld. Anne-Marie Dalix (Ingénieur INSERM, Paris)

Présentations des questionnaires classiques utilisés couramment et validés pour explorer le comportement alimentaire, les émotions, l'acceptation et l'estime de soi. Présentation du questionnaire du GROS

Jeudi 15 mars et vendredi 16 mars 2012

Guy Azoulaï (Médecin, psychothérapeute, Paris)

L'entretien motivationnel : Aspects théoriques et exercices pratiques pour apprendre à aider les patients à trouver et à garder leur propre motivation à changer et pour éviter de créer des résistances.

Samedi 17 mars 2012

Francine Duret-Gossart (Médecin nutritionniste, Paris)

De la demande du patient à la réponse du médecin. A partir de cas cliniques, choisir les voies d'accompagnement. Pour quels changements ?

Pierre Peuteuil (Psychiatre, Besançon) & Brigitte Rochereau (Médecin nutritionniste, Antony)

La chirurgie bariatrique : les techniques, les recommandations le rôle du nutritionniste. Compréhension des mécanismes psychologiques des patients opérés.

Jeudi 10, vendredi 11 et Samedi 12 mai 2012

Katherine Kuréta-Vanoli (Diététicienne nutritionniste, Clamart) et Ulla Menneteau (Diététicienne nutritionniste, Riom & Clermont-Ferrand)

Comment travailler concrètement selon l'approche biopsychosensorielle ? Utilisation des différents outils pour les prises en charge des adultes, des adolescents et des enfants. Théorie et mises en situation.

Jeudi 7 juin 2012

Pierre Dalarun (Psychomotricien, Paris), Edouard Rodriguez (Psychomotricien, Laval) & Frédérique Chiva (Médecin nutritionniste, Paris)

L'abord corporel thérapeutique. Quand les kilos nous empêchent d'habiter notre corps. La difficulté première des personnes en souffrance avec leur poids (réel ou imaginaire) est de vivre dans leur corps. Quelles réponses y apporter ? Comment « prescrire » de l'abord corporel ? Exemples de co-thérapie.

Vendredi 8 juin 2012

Stéphanie Hahusseau (Psychiatre, Toulouse)

Gérer les émotions négatives. L'exposition aux émotions est un outil de choix qui permet au patient de moins avoir recours à l'alimentation

Samedi 9 juin 2012

Anne-Françoise Chaperon (Psychologue clinicienne, Montrouge) & Prune Leroy (Psychologue clinicienne, Boulogne Billancourt)

Découvrir les bases théoriques de l'affirmation de soi. Analyser les composantes de la communication. Exprimer une demande, un refus, sans déclencher l'hostilité. Affronter avec efficacité les situations difficiles, voire conflictuelles.

Jeudi 6 septembre 2012

Jean-Louis Monestès (Psychologue, Amiens) Introduction à la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) : Groupe 1 *

Vendredi 7 septembre 2012

Jean-Louis Monestès (Psychologue, Amiens)

Introduction à la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) : Groupe 2 *

(* La composition des 2 groupes sera précisée en janvier)

Samedi 8 septembre 2012

Jean-Philippe Zermati (Médecin nutritionniste, Paris)

Acceptation de soi et peur de grossir

Cas cliniques – Conclusions

Pour tout savoir sur les inscriptions : www.gros.org



« EXPRESSION LIBRE »

Encore une mauvaise « bonne idée » !



En lisant le Figaro Santé du 9 mai, je suis tombée sur un article du docteur Martine Perez qui s'intitulait « Comment faire ses courses ? Des chercheurs ont créé un logo pour classer les aliments en quatre catégories de sain à lim (lim pour limitant).

L'article commençait ainsi : « On nous dit que les laitages sont riches en calcium, que la viande est indispensable, que les fécu-

lents doivent être intégrés dans notre alimentation. Mais, en réalité, tout dépend de la teneur en graisse et de la quantité que l'on en consomme. Pour s'y retrouver, des chercheurs de l'Inra viennent de réaliser une classification des aliments selon leur qualité nutritionnelle. Ils prônent d'ailleurs l'apposition d'un logo sur les meilleurs produits dans les supermarchés.»

Voilà qui commence mal ! Encore une idée révolutionnaire pour aider les pauvres consommateurs (sans doute un peu idiots), à choisir les aliments bons pour eux...

L'article continue en expliquant la classification. Un aliment sain, classe 1, c'est un aliment riche en nutriments protecteurs (vitamines, minéraux, fibres) et pauvre en nutriments à éviter (sodium, sucres ajoutés et acides gras saturés). La classe 4 regroupe ainsi le beurre, la charcuterie, la confiture... L'huile est repêchée en classe 3 (il y a aussi du bon parmi le mauvais !)

Bref, après la bonne idée des codes couleurs : vert, orange, rouge, on nous propose les produits 1, 2, 3 et 4... Quelle innovation !

Ce que l'article ne dit pas, c'est que ce classement existe depuis plusieurs mois et qu'il est utilisé par des entreprises agro-alimentaires comme outil de prise de décision marketing et r&d. Les classes 1 & 2 pour les nouveautés et la communication, les classes 3 et 4,

pour les reformulations et une absence de communication.

Que ces industries s'efforcent d'améliorer la qualité nutritionnelle (et gustative peut-être) est certainement une bonne idée mais que les outils développés pour eux deviennent in fine des outils de prise de décision pour le consommateur en est une autre.

Cessons de prendre les consommateurs pour des idiots ! Oui, ils savent que les chips et le chocolat ne sont pas des produits sains, oui, ils savent que les légumes, c'est le nec plus ultra. En fait, ils le savent même trop bien ! Imaginez les émotions induites par l'absorption de quelques chips labellisées classe 4 ? De la culpabilité, de la honte peut-être, un sentiment d'échec (je n'ai pas réussi à manger sain aujourd'hui...) Pensez-vous que cela puisse les aider ?

Alors, me direz-vous, le GROS critique encore mais ne propose rien... C'est faux ! Gérard Apfeldorfer et Jean-Philippe Zermati avaient proposé dans leur livre « La dictature des régimes » des slogans pour la prévention. Et, il y a quelques mois, l'idée nous est venue en réunion de comité d'administration de tester ces slogans. Pour des raisons de manque de temps, cela ne s'est pas fait, mais, en relisant cet article, je me suis dit : Et si le GROS retravaillait sur la prévention en santé publique ? Et si une école pouvait nous aider dans ce projet ?

Je lance un appel aux volontaires ! Peut-être pour ne plus retomber sur des fausses « bonnes idées » ...

Sabrina JULIEN SWEERTS



Le site internet : mode d'emploi



Le nouveau site du GROS est en ligne depuis avril.

Voici quelques conseils pour profiter au mieux de ses dernières fonctionnalités.

1- Le mot de passe

Si vous êtes membre à jour de votre cotisation 2011, vous avez dû recevoir votre identifiant et mot de passe personnels. Oui, ce mot de passe est beaucoup moins fun que « lucullus » mais il n'est que temporaire ! Dès réception, identifiez-vous sur le site puis allez dans votre profil. Vous pouvez alors modifier votre mot de passe comme bon vous semble.

2- Pourquoi se connecter ?

Le site dans son ensemble contient des pages uniquement lisibles par les membres.

Par exemple, vous avez pu remarquer sur la page d'accueil des propositions de poste à Poitiers ou dans le 64. Ces annonces ne sont lisibles que par les membres connectés !

3- L'annuaire des praticiens

Désormais, la liste des praticiens GROS est directement accessible sur le site. Beaucoup de personnes désirent y figurer... Pour être praticien du GROS, il faut avoir fait la formation et avoir eu plus de 10/20 au mémoire ou réussir à l'examen (cette année le 2 décembre 2011 de 14h à 17h).

Néanmoins, si vous pensez avoir fait une formation équivalente, vous pouvez envoyer votre candidature au secrétariat et votre demande sera examinée par le CA ou vous présenter à l'examen (inscription obligatoire).

4- Le paiement en ligne.

Vous pouvez désormais payer vos cotisations et formations directement sur le site (si vous êtes connecté).

Le secrétariat vous envoie dès réception la facture correspondante.

Une réflexion proposée aux diététiciens du GROS

En parcourant les différents annuaires qui référencent les diététiciens qui n'ont pas notre formation et leurs sites, j'ai trouvé un certain nombre de qualificatifs adoptés par ces confrères : « comportementaliste », « spécialisé dans les TCA »...

Il me semble utile pour nous, praticiens du GROS, d'adopter un « titre » commun, ceci aussi dans l'intérêt des patients.

Qu'en pensez-vous ? Merci de me faire parvenir vos réactions et commentaires à katkureta@aol.com



Dessine-moi ton antenne

Le CA a pris connaissance en juin des résultats de ce questionnaire et un petit groupe de travail se réunira cet été pour avancer sur une organisation, un budget et les liens entre ces antennes et Paris.

Katherine Kuréta-Vanoli, vice-présidente du GROS

LU POUR VOUS !



Ce mois-ci, Ariane GRUMBACH a lu pour vous « Anthropologie des mangeurs de pain » de Abdu GNABA, ed L'Harmattan et le « Manuel de cuisine populaire » de Eric Roux, aux éditions Menu Fretin.

Quel mangeur de pain êtes-vous ?



Le pain, tout le monde en mange ou presque. Mais nous ne sommes pas identiques face à cette base de notre culture alimentaire. Avez-vous déjà réfléchi à votre relation avec le pain ? Est-elle apaisée, solide, gourmande, curieuse, indifférente, tourmentée ? Car certains mangent du pain avec culpabilité. En effet, l'empreinte du message "le pain fait grossir", diffusé il y a 20 ou 30 ans

est encore bien présente et perturbe la relation à cet aliment hautement familier.

Non, le pain ne fait pas grossir, c'est l'excès le problème. Oui, on en a besoin car c'est un féculent, source d'énergie. Il fait vraiment partie de notre culture, il est partout, pratique et facile à manger, en accompagnement d'un repas ou comme ingrédient principal sous forme de sandwich ou de tartine. Et on peut manger tous les pains, la variété étant un plaisir.

Un livre, "Anthropologie des mangeurs de pain", fait un zoom sur la relation au pain. Abdu Gnaba, chercheur, a notamment dégagé une typologie des mangeurs et mangeuses de pain, sur la base des nombreux entretiens qu'il a menés. Même si le pain tend à nous rassembler et à faire partie de notre identité, il y a des habitudes et des modes de consommation différents. En voilà les grandes lignes. On n'est pas obligé de se reconnaître dans un profil ou un autre, on peut évidemment se trouver au carrefour de plusieurs types.

L'Authentique est un mangeur de pain attaché à la tradition. Il a toujours du pain à ses repas qui restent structurés. En général, il s'agit des classiques : le gros pain ou la baguette.

Le Bipolaire est écartelé entre le respect de la tradition et l'envie d'innover, entre la baguette et les pains spéciaux qui ont fleuri ces dernières années.

Le Déphasé n'est pas gros consommateur de pain pour l'instant en liaison avec son mode de vie, et il est d'ailleurs assez indifférent à son alimentation en général. Il se tourne vers le basique/pratique : baguette courante ou pain industriel. Un profil plutôt masculin.

L'Errant n'est pas attaché au pain, ce n'est pas un pilier de son alimentation, il a tendance à le remplacer par des équivalents, pizza, beignet. On l'imagine avoir un paquet de

pain de mie industriel dans son placard plutôt que passer à la boulangerie tous les soirs.

L'Hédoniste est en quête de plaisir autour du pain, comme sans doute aussi pour d'autres nourritures. Il est toujours prêt à goûter de nouveaux pains qui vont satisfaire sa curiosité et ses sens. Il est sûrement client des pains spéciaux ou d'une baguette, mais de tradition, pas le modèle de base

Le Nomade a un rythme pressé et le pain s'insère dans son rythme de vie ici et là mais sans identité précise. Sans doute un client des sandwiches davantage que de la baguette familiale.

Alors, pourquoi ne pas vous amuser à regarder autour de vous pour identifier différents types de mangeurs ?

Anthropologie des mangeurs de pain, d'Abu Gnaba (éditions de L'Harmattan)

Et, contrairement à ce que l'on croit peut-être, le pain n'est absolument pas une spécificité française. Pour se convaincre de sa richesse et de sa multitude, on peut se plonger dans le passionnant « Dictionnaire Universel du Pain » sous la direction de Jean-Philippe de Tonnac (éditions Robert Laffont)

Manuel de cuisine populaire : un livre pour tous



Il s'agit d'un petit livre édité par l'ANDES (réseau d'Epicerie Solidaires) dont on peut faire bon usage même si l'on n'a pas besoin de fréquenter ces épiceries. Cet ouvrage veut remettre la cuisine simple à la portée de tous car nombreux (ses) sont ceux et celles qui n'ont pas reçu de transmission culinaire familiale. Et cela dans tous les milieux... Il y a des recettes, des techniques de base (la soupe, la tarte,

le rôti, le braisé, ...), des idées d'associations ou de déclinaisons, des infos sur les aliments, les saisons, les restes, des conseils spécial débutants, des histoires "autour d'un frigo et d'un placard" ... Tout cela sur un ton très plaisant, précis et accessible.

Manuel de cuisine populaire, d'Eric Roux, éditions Menu Fretin

Ariane GRUMBACH

LU POUR VOUS !

Gérard Apfeldorfer a lu pour vous : « Pour une sagesse moderne, les psychothérapies de 3ème génération » de Yasmine Liénard, édition Odile Jacob, 2011



Belles promenades que nous propose là Yasmine Liénard. Tout d'abord au travers des malheurs de la modernité: une vie insensée, une errance sans but, sans repères, couplée au besoin d'exister face aux autres en démontrant sa valeur, sa capacité de contrôle sur soi-même et sur le monde, produisent un sentiment dépressif. La liberté dont nous bénéficions, la recherche du bien-être, l'idée que l'existence consiste à enchaîner les bonheurs, et que ce bonheur est comme un dû, finissent par être les causes de nos souffrances.

Nous avons ainsi peur de perdre ce que nous avons, ou peur que ce que nous désirons tant n'advienne pas. Nous avons le sentiment que nous ne sommes pas comme nous devrions être, ce qui tue notre confiance en nous.

Nos pensées deviennent alors si douloureuses que nous cherchons différents moyens de les éviter: voilà qui nous conduit par exemple à l'addiction, aux troubles du comportement alimentaire.

Comment ne pas enchaîner là sur quelques solutions? La pleine conscience, mindfulness, consiste à prendre ses pensées pour ce qu'elles sont, des représentations, des événements mentaux à distinguer de la réalité. Les pensées ne sont pas des faits. La réalité est ce que nous percevons du moment présent, dans notre corps, par nos sens.

En définitive, la réalité n'est pas l'objet principal de nos souffrances. Ce qui nous fait souffrir, c'est ce que

nous imaginons à propos de cette réalité, c'est le dialogue intérieur tyrannique que nous entretenons avec nous-même, c'est le manque de sens de notre existence.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT, Acceptance and Commitment Therapy) vient là à point nommé nous aider à définir des valeurs qui nous procurent un chemin, complétant ainsi l'approche mindfulness.

L'auteur nous promène aussi en psychothérapie. L'objectif, de son point de vue, celui de la 3ème vague des TCC, est l'acquisition de l'autonomie, de la liberté, ainsi que de meilleures relations avec ses semblables. Différents outils sont à disposition, comme la méditation, les approches de thérapie cognitive fondées sur la pleine conscience, l'EMDR. L'accent est mis sur le travail personnel du patient sur lui-même.

Enfin l'auteur s'interroge, titre du livre oblige, sur ce qui constitue la sagesse. C'est sans doute le contraire d'une recherche effrénée du plaisir, le contraire du narcissisme. Être sage serait savoir aimer réellement, savoir s'adapter aux épreuves en gardant le cap sur ses valeurs. À partir de là, il n'y a qu'un pas pour atteindre le bonheur, un bonheur qui ne serait pas une accumulation de plaisirs, mais qui serait plutôt d'être dans la vérité, l'authenticité.

Au total, un livre sympathique, de lecture aisée et agréable, qu'on peut recommander aux personnes désirant s'informer sur cette fameuse 3ème vague, ainsi qu'aux patients qui se demanderaient s'ils sont prêts à se baigner dans ces eaux-là.

G. Apfeldorfer

Vacances Été 2011

Le secrétariat sera fermé du 1 au 21 août 2011 inclus.

Le congrès du mois... Istanbul 2011

Et en exclusivité, le pré-programme du congrès du GROS !

Encore un congrès international où dominent les fondamentalistes au détriment des cliniciens. Encore un congrès où des centaines de communications de 10 mn n'apportent presque rien ! Si ce n'est d'appliquer encore et toujours les principes incontournables de la « science américaine » dont on connaît les principes : but de l'étude, matériel et méthode, déroulement, résultats, discussion.

On sait bien que cette méthodologie, pour incontournable qu'elle soit, a donné peu de résultats, hormis quelques grandes études épidémiologiques permettant d'évaluer les risques ou les événements dans les groupes traités de manière différente : diabétiques, coronariens, hypercholestérolémiques, hypertendus...

Et pourtant, bien qu'il soit difficile dans ce type de congrès d'assister même à 10% des présentations, un frémissement se fait jour.

Subtilement, il se dégage le sentiment que le jeu a changé de camp. Des cliniciens prennent la parole et insistent sur la... prévention, ce qu'on peut comprendre, mais aussi sur le suivi clinique de la chirurgie bariatrique.

Ceux qui parlent encore de restriction sont liés à des sponsors contestables (weight watchers, Cambridge diet...) et précisent qu'il ne s'agit là que d'une stratégie de court terme, en vue d'une inter-

vention par exemple, quand un amaigrissement rapide et massif s'impose.

Les quelques cliniciens qui s'intéressent au comportement alimentaire, au mangeur, parlent de portions, de goût, comparant volontiers les Etats-Unis avec les autres pays. La France est citée en exemple pour ses traditions, ses repas, ses portions, sa moindre prévalence de l'obésité.

Bref, en survolant les thématiques, on saute de la prévention au suivi bariatrique en faisant un petit détour par le malheureux mangeur abusé par un environnement délétère.

En fin de compte, qu'est-ce que tout cela signifie ?

Pour ma part, je suis convaincu que nous assistons aux derniers feux de la restriction – que la communauté admet qu'une fois l'obésité installée, elle est quasiment irréversible et qu'en dehors des recherches extrêmement fines et pointues, c'est maintenant un combat dépassé – d'autant que la chirurgie est là !

En somme, entre la prévention et la chirurgie, trouve-t-on une place pour la clinique ? Une place qui ne relèverait pas seulement d'une société d'opulence et sédentaire, une place qui préserverait la place du sujet ?

Bernard WAYSFELD

Le congrès du GROS 2011

Prise en charge des enfants et des adolescents.



3 et 4 novembre, rue de l'école de Médecine, 75006 Paris

Programme prévisionnel du congrès

JEUDI 3 NOVEMBRE 2011

Matin : Education Alimentaire

Définition de l'éducation alimentaire, Gérard APFELDORFER.

Education alimentaire: mode d'emploi, Natalie RIGAL.

Accompagnement des enfants trop gros ; itinéraire d'un médecin.

Vincent BOGGIO

Zoom sur les relations parents-bébé ; quels enjeux ? Elsa STORA

Efforts d'un industriel dans la prévention de l'obésité infantile,

Agnès MIGNONAC

Après-midi : Actualités

Plaisir à la cantine, Danielle MISCHLICH.

Les parents tremblent, les enfants dégustent, Jean-Michel LECERF

L'enfant obèse en devenir adulte, Dominique CASSUTO

Table ronde: Enfants de plus en plus gros. Où placer le curseur Génétique-Environnement ?

Dominique AMAR-SOTTO, Dominique CASSUTO, Marie-Françoise ROLLAND-CACHERA, Philippe FROGUEL, Jean-Michel LECERF, Patrick TOUNIAN

VENDREDI 4 NOVEMBRE 2011

Matin : Eduquer ou punir ?

L'enfant roi à table, Didier PLEUX.

Relations mère-enfant, Nouvelles perspectives, Bernard WAYSFELD.

Suivi des ados après une chirurgie bariatrique,

Le corps à l'adolescence,

Etude « QUICK », Jean-Pierre CORBEAU

Après-midi : Un pas vers la sagesse

Targeting exclusively parents, « Traiter les enfants sans les parents », Moria GOLAN (Tel-Aviv, Israël).

L'approche thérapeutique du « G.R.O.S » :

Concernant les enfants, Katherine KURETA-VANOLI

Concernant les ados, Ulla MENNETEAU

Plus d'infos sur le congrès: www.gros.org

Rendez-vous en octobre,

Bonnes vacances !