



## Le mot du Rédac'chef

Cette année, nos Rencontres ont pour thème le corps. Nous sommes ce corps, et il est nous, ou doit le redevenir. Ce corps trop encombrant, nos patients tentent de le martyriser, ou de l'oublier, et trop souvent, nous les suivons sur ce terrain.

Ainsi, longtemps, nous avons centré essentiellement nos efforts sur le traitement de la restriction cognitive, sur la levée de la culpabilité, des interdits, sur l'identification et le respect des sensations alimentaires. Et disons-le, sans forfanterie, nous avons mis au point un outil qui n'est pas sans efficacité, ainsi qu'en témoigne le travail d'Édouard Ghanassia, que vous pourrez lire dans ce numéro.

Puis nous nous sommes intéressés aux déclencheurs psycho-émotionnels des excès alimentaires. Les thérapies émotionnelles, et tout particulièrement celles de la 3ème vague des thérapies cognitivo-comportementales, sont pour cela un outil de choix. Et justement, elles font retour au corps, lieu des émotions.

Qu'est-ce que la pratique de la pleine conscience peut bien apporter à nos patients ? Le bonheur, ainsi qu'on le lit dans les journaux ? On mangerait moins parce qu'on serait heureux, épanoui ?

Cette idée, que le bonheur permettrait de régler les problèmes pondéraux, est celle de bien des diétogourous. Le docteur Dukan, par exemple, s'y essaie dans son livre *Lettre ouverte au futur président de la République* (Paris, Le Cherche Midi, 2012). Jean-Philippe Zermati et votre serviteur démontent ce discours et en pointent les dangers dans leur nouvel ouvrage.

Nous prêchons quant à nous la tolérance émotionnelle. Il ne s'agit pas de bannir toute souffrance — comme si c'était possible — d'éliminer les « émotions négatives », mais d'accepter de les vivre, lorsqu'elles se présentent, de moment en moment, sans recours à une prise alimentaire compulsive, jusqu'à ce moment où, passées, elles ne sont plus là.

Ces techniques offrent un abord intéressant face au perfectionnisme qui ronge tant de nos patients et les conduit à une perpétuelle insatisfaction, une anxiété constante, la dépression, et bien sûr des excès alimentaires. C'est dans ce sens que Marie-Carmel Detournay nous fait partager ses lectures et différencier avec Tal Ben-Shahar perfectionnisme et optimalisme. Quelles bonnes pistes que tout cela !

G. Apfeldorfer

Congrès  
2012

Parole au corps : de l'excès à l'absence  
15 et 16 novembre 2012  
Paris 6 ème

# Sommaire

GROSInfo numéro 5

Directrice de rédaction : Sabrina JULIEN

Rédacteur en chef : Gérard APFELDORFER

Sculptures de la photographie : Elisa LEJARS



## Actualités

Hommage à Guy Azoulai page 3

Le congrès page 4

## Publication scientifique

Evaluation d'une thérapie cognitivo-comportementale basée sur le modèle biopsychosensoriel dans la prise en charge du diabète de type 2: étude de faisabilité page 6

## Expression libre

Entre surabondance alimentaire et modèles de minceur : comment gérer les tensions ? page 11

## Espace membre

Journée associative page 12

Assemblée générale 2012 page 13

Lu pour vous page 14

Vu pour vous page 16

Compte-rendu des JBO page 17

A retenir page 19

# Hommage à Guy Azoulai



Guy Azoulai nous a quittés cet été.

Présent dès la naissance de la formation de notre association, il en était une figure marquante.

J'ai le souvenir personnel de Guy comme d'un formateur hors pair. Il m'avait initié à la thérapie d'Albert Ellis lors de ma formation en TCC. Guy avait déjà cette conviction que l'émotion était moins le problème que la difficulté à l'accepter. Il fut à l'origine de ma réflexion sur l'importance de prendre en compte la relation du mangeur avec ses émotions dans les problèmes pondéraux et les troubles alimentaires. Je dois à Guy de m'être rapidement intéressé aux approches émotionnelles qui font aujourd'hui la spécificité de la 3ème vague des TCC. Ensemble, nous passions des heures à discuter des moyens de traiter l'impulsivité alimentaire et l'intolérance émotionnelle. Je n'ose rapporter ici les idées

que son imagination prolifique pouvait produire.

Le fait est que cette sensibilisation précoce a sans aucun doute participé aux orientations actuelles de notre association.

La joie de Guy et la passion qu'il communiquait à ses étudiants étaient fortement communicatives. Il a probablement suscité beaucoup de vocations grâce à ses enseignements sur la thérapie Rationnelle Émotive ou sur l'entretien motivationnel. Guy était régulièrement réclamé et plébiscité. Il avait le secret de rendre ses étudiants addictifs à ses enseignements.

Guy était un grand médecin humaniste qui possédait la passion du partage. Rendons-lui un dernier hommage. Il nous manquera longtemps.

Jean-Philippe Zermati

# Le congrès 2012

## « Parole au corps »



### Pierre Dalarun, Président du congrès 2012

Pour ces 10èmes Rencontres du GROS intitulées « Parole au corps : de l'excès à l'absence », nous avons bâti cette année un programme particulièrement original et attractif.

La problématique de nos patients est toujours psychocorporelle et pose la question de l'incarnation de l'esprit. Leur difficulté : vivre dans le corps qu'ils ont. De l'anorexie à l'obésité, leur corps est toujours trop gros pour eux. Au-delà des problèmes médicaux à traiter, difficile de leur faire accepter le corps qui est le leur. Corps et psychisme sont dissociés, ne communiquent plus. Le corps en tant qu'«être au monde» est absent, il n'assure plus l'interface ni avec le monde intérieur, ni avec le monde extérieur.

De ce constat, le recours aux thérapies psychocorporelles va de soi pour rétablir la relation au corps et au monde. Et d'une certaine façon, médecins, diététiciennes, psychologues, et à plus forte raison, psychomotriciens, kinésithérapeutes, ostéopathes, nous sommes tous des thérapeutes corporels. D'abord parce que nous avons tous un corps et que nous communiquons à travers lui, y compris dans un face-à-face verbal. En effet notre « contenance psychique », nécessaire au lien thérapeutique, s'établit sur des signaux corporels. Ensuite parce nous intégrons de plus en plus d'outils corporels dans nos approches thérapeutiques : relaxation, pleine conscience, sophrologie, etc.

Ces Rencontres apporteront des réponses théoriques et pratiques à la bonne utilisation des techniques corporelles.

Il y sera question d' « image du corps » évidemment, avec un orateur hors pair en la personne de Maurice Corcos, et nous attendons aussi avec impatience le point de vue d'Eric Pireyre qui a particulièrement fouillée les problématiques conceptuelles et

cliniques de l'image du corps. En lien avec cette thématique, on parlera d'émotions et de « contenance psychique » avec Antoine Ducret. De contenance et de sensorialité, il en sera question concrètement avec Vincent Dodin qui nous présentera une expérience originale menée dans l'unité TCA de Lille qu'il dirige.

Nous ferons aussi le point sur l'activité physique et l'obésité avec Jean-Michel Oppert et nous verrons comment l'administrer en pratique avec Edouard Rodriguez.

Sylvie Benkemoun quant à elle nous expliquera comment le gros corps à force de stigmatisation finit par être nié en tant que corps à vivre, tandis que Peggy Chekroun nous dira si l'on peut échapper au stéréotype de la minceur.

En complément Sophie Cheval nous expliquera pourquoi il est si difficile d'accepter le corps qu'on a, tandis que Catherine Arriadare nous proposera des pistes thérapeutiques.

Les séances plénières s'annoncent passionnantes mais que dire des ateliers, les choix vont être terribles à faire. En effet nous avons misés sur l'innovation dans les techniques que nous vous présenterons.

Qu'il sera dur de choisir entre le Toucher Thérapeutique (Annick Bothorel) et le Qi Gong (Thierry Sobrecases), entre la Danse Thérapie (Claire Bertin) et le traitement du Stresseur Poids selon Jean-Philippe Zermati, entre le Yoga (Frédérique Chiva) et le questionnaire de Bernard Waysfeld qui n'en finit pas de livrer ses secrets.

Et pour clore ces Rencontres j'aurai le plaisir d'animer une table ronde sur les enjeux de la relation thérapeutique dans les approches psychocorporelles appliquées aux problématiques pondérales.

Nous vous attendons nombreuses et nombreux pour partager ce menu alléchant.

# Le congrès 2012

## « Parole au corps »



### Bernard Waysfeld, président du GROS

Le corps, ce grand oublié écrivais-je il y a bien longtemps considérant ce déni comme insupportable.

« Je suis corps et rien d'autre » écrivait Gide pourtant, et je suis heureux de voir la clinique revenir à une véritable approche corporelle, celle-ci ne pouvant être que pluridisciplinaire et nous l'aborderons, comme toujours, dans sa globalité prenant en compte le sujet tout autant dans sa dimension inconsciente que dans ses symptômes et son comportement.

Un grand merci à notre ami Pierre Dalarun d'avoir accepté d'assumer la présidence de ce colloque.

### Informations pratiques

Le congrès aura lieu les 15 et 16 novembre 2012 à la faculté de médecine, 12 rue de l'école de Médecine, 75006 Paris.

Vous trouverez le programme détaillé, modalités d'inscription et les tarifs en [cliquant ici](#)

### Merci à nos sponsors :

Fondation Bonduelle, le CEDUS et Tanita

### Métamorphoses du corps

Le gros corps est-il toujours un inconvénient, une souffrance ? Bien sûr, nous avons tous observé à quel point il pouvait parfois apparaître comme une « défense adaptative », voire comme un stratagème.

Evoquons rapidement les classiques « obésités hystériques » où le gros corps s'inscrit souvent dans un « n'être point désirable pour n'être pas désirée » - ou bien encore ces obésités abdominales chez certaines jeunes femmes en désir d'enfant !

Récemment cependant, j'ai entendu une histoire peu banale : celle d'une jeune, certes largement obèse, psychologiquement fragile et dépressive en raison d'une cyclothymie majeure.

A l'âge de 20 ans, elle eut la mauvaise idée, à l'occasion d'une phase dépressive et délirante, de se défenestrer du 3ème étage. Un étage qui ne pardonne pas. Eh bien, si ! Son énorme carapace graisseuse chutant dans l'herbe tendre la protégea d'une mort en principe assurée. Quelques années plus tard, elle marche encore avec des cannes anglaises mais est heureuse de vivre.

Une autre histoire me revient en mémoire : celle d'une femme, sûrement paranoïaque, qui décidait, pour échapper à ses persécuteurs, de se réfugier dans un grenier qu'elle avait préalablement largement garni de victuailles. Elle pouvait y accéder par une petite fenêtre et avait l'intention de se gaver afin de grossir au point d'être méconnaissable à ses assaillants. Ce qu'elle fit. Après avoir largement amplifié, elle décidait qu'elle pouvait sortir sans risque d'être reconnue. Mais... ne put passer par la petite jalousie devenue trop étroite pour ce corps monstrueux. Aucune autre solution que de renoncer à ce corps carapace. On ne peut pas jouer à cache-cache indéfiniment avec son corps.

Bernard Waysfeld

# Publication scientifique

## EVALUATION D'UNE THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE BASEE SUR LE MODELE BIOPSYCHOSENSORIEL DANS LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE DE TYPE 2 : ETUDE DE FAISABILITE

Dr Edouard GHANASSIA (Service d'endocrino-diabétologie, Polyclinique Sainte-Thérèse, Sète) Dr Thuy-Hang BUI (Montpellier)

Thèse soutenue en novembre 2011 à Montpellier

**Objectifs** : La prise en charge nutritionnelle est une pierre angulaire du traitement du diabète de type 2 (D2) qui induit une amélioration à court terme mais dont l'efficacité s'atténue avec le temps. Par ailleurs, elle peut générer l'apparition d'un comportement alimentaire dysfonctionnel marqué par une restriction cognitive (RC) et ses différentes conséquences (désinhibition, émotions induites).

Les thérapies cognitives et comportementales basées sur le modèle biopsychosensoriel (TCCBPS) ont pour objectif de rétablir une homéostasie énergétique, nutritionnelle, émotionnelle et socio-environnementale. Nous avons émis l'hypothèse qu'une prise en charge du comportement alimentaire par TCCBPS serait équivalente en terme d'efficacité pondérale et métabolique à une prise en charge diététique classique et permettrait, en évitant d'induire une RCA et ses conséquences, une meilleure efficacité à long terme.

**Matériel et Méthodes** : Nous avons réalisé une étude de faisabilité chez 10 patients souffrant de D2 pour évaluer l'impact d'une TCCBPS sur les principaux paramètres cliniques et métaboliques. Nous avons évalué à 0, 3 et 6 mois : poids, IMC, tour de taille, tension artérielle, bilan lipidique et HbA1c. Des questionnaires ont permis d'évaluer plusieurs paramètres psychologiques et comportementaux.

**Résultats** : Durant cette période, l'IMC a diminué de 1.9 ( $p=0.004$ ). Le tour de taille a diminué de 6.7 cm ( $p=0.001$ ), l'HbA1c a diminué de 0.6% ( $p=0.001$ ). On notait également un résultat statistiquement significatif mais cliniquement peu important sur le HDL-c et le LDLc. La plupart des paramètres psychologiques et comportementaux était significativement améliorés.

**Conclusion** : Nos résultats sont similaires à ceux des études évaluant les prises en charge diététiques classiques associées ou non à une thérapie comportementale. La TCCBPS a permis une amélioration

significative des principaux paramètres cliniques et métaboliques des patients souffrant de D2. Ces résultats encourageants nécessitent d'être confirmés par des études contrôlées et randomisées, comparant la TCCBPS aux prises en charge diététiques classiques et ce sur une période de 2 à 5 ans. S'ils se confirmaient, ils plaideraient pour une intégration de ces techniques dans la formation initiale des praticiens confrontés à la prise en charge de ces maladies métaboliques.

*Introduction: Weight loss is a major goal in nutritional management of Type 2 Diabetes (T2D). Usual diets are likely to induce cognitive restraint (CR) and its consequences, which could explain they have a small long-term efficacy. Cognitive behavior therapy based on bio-psycho-sensorial model (CBTBPS) aim at restoring an eating behavior allowing caloric, nutritional, emotional and social homeostasis. We hypothesized that a strategy using CBTBPS in T2D could be effective and could avoid CR and its consequences, which could contribute to longer-term efficacy.*

*Material and Methods : we conducted a feasibility study with 10 patients with T2D. We measured the influence of CBTBPS on weight, BMI, waist circumference (WC), blood pressure (BP), lipid blood tests and HbA1c. Using validated questionnaires, we also measured psychological and behavior items of major relevance concerning eating behavior. Evaluation was performed at baseline, 3 and 6 months.*

*Results : after 6 months, there was a 1.9 kg/m<sup>2</sup> decrease of BMI ( $p=0.004$ ), a 6.7 cm decrease of WC ( $p=0.001$ ), a 0.5% decrease of HbA1c. Of statistical but not clinical relevance, there was an increase of HDL and a decrease in LDL. Most psychological and behavior parameters related to eating behavior were improved.*

*Conclusion : our results are similar to studies assessing usual diets with or without CBT. Our strategy using CBTBPS showed a significant improvement of the main clinical and metabolic parameters of patients with T2D. These encouraging results deserve to be validated by randomized controlled trials comparing CBTBPS with usual diets on a 2- to 5-years long period.*

## INTRODUCTION

Le diabète de type 2 (D2) est une affection métabolique multifactorielle résultant de l'association, dans des proportions variables, d'un défaut de sécrétion d'insuline et d'une insulino-résistance<sup>2</sup>. Le développement d'un D2 résulte d'une interaction entre une prédisposition génétique et des facteurs environnementaux<sup>7</sup>. L'obésité et la sédentarité sont les principaux facteurs de risque modifiables du D2. En France ; 80% des patients diabétiques ont un IMC supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>.<sup>8</sup> L'incidence du D2 augmente avec l'index de masse corporelle (IMC).<sup>9</sup>

Chez le patient obèse, un accroissement du tissu adipeux, peut entraîner, par divers mécanismes (en particulier inflammatoires), une insulino-résistance d'abord adipocytaire puis, progressivement, hépatique et musculaire<sup>11</sup>. Par effet de rétrocontrôle négatif, cette insulino-résistance induit une hyperinsulinémie compensatrice, elle-même responsable d'un épuisement de l'insulinosécrétion. Par ailleurs, l'insulino-résistance est un facteur indépendant de survenue d'hypertension artérielle (HTA), de dyslipidémie, d'atteinte hépatique et de syndromes d'apnées obstructives du sommeil, qui sont autant de facteurs de risque cardiovasculaire.<sup>10</sup>

La prise en charge diététique est une pierre angulaire du traitement du D2. Elle a pour but : de diminuer l'insulino-résistance (via la perte pondérale), de lutter contre les hyperglycémies post-prandiales via la maîtrise de la nature et de la quantité des glucides et de diminuer le risque cardiovasculaire via un choix d'aliments adaptés (acides gras insaturés, fruits et légumes, fibres).<sup>1</sup> À ce jour, la majorité des patients se voit proposer une prise en charge diététique classique reposant sur des conseils diététiques généraux, sur des consignes concernant la quantité de calories, la répartition des nutriments, les catégories d'aliments à supprimer ou réduire et un rythme donné de prise alimentaire (généralement 3 repas et d'éventuelles collations).<sup>1,14</sup>

Certaines équipes ont testé l'association à ces mesures d'une thérapie comportementale. Ces équipes rapportent une perte de poids importante et une amélioration des paramètres métaboliques à court terme.<sup>15,16</sup> Cependant, le principal enjeu est le maintien durable de cette perte de poids et des modifica-

tions du comportement alimentaire.<sup>1</sup> Dans tous les cas, à ce jour, le taux d'échec des traitements diététiques se situe entre 80% et 95% dans un délai de cinq ans.<sup>17,18</sup>

Les TCC n'ont donc jamais fait la preuve de leur efficacité à long terme dans la prise en charge de l'obésité. On pourrait émettre l'hypothèse que cette inefficacité est due à une erreur dans les objectifs visés. La TC ne prend pas en compte, dans lesdits objectifs, la notion d'un comportement alimentaire régulé. En effet, quelle que soit la technique utilisée, elle induit un contrôle des habitudes alimentaires au quotidien, et ce contrôle peut générer l'apparition d'une restriction cognitive, d'une désinhibition alimentaire et, plus largement de troubles du comportement alimentaire (TCA).<sup>20,21,22,23</sup> De plus, des travaux ont montré que la RCA est plus marquée chez les diabétiques que les non-diabétiques.<sup>21,26</sup>

Les données disponibles plaident, pourtant, en faveur de l'utilisation des TCC, à condition qu'elles visent le rétablissement d'un comportement alimentaire régulé et non le suivi de consignes strictes. J.P. Zermati et G. Apfeldorfer ont proposé une TCC basée sur ce modèle biopsychosensoriel (TCCBPS) du comportement alimentaire.<sup>30</sup>

A notre connaissance, aucune étude n'a évalué spécifiquement les TCCBPS. Nous avons émis l'hypothèse qu'une prise en charge du comportement alimentaire par TCCBPS serait équivalente en termes d'efficacité pondérale et métabolique à une prise en charge classique mais permettrait, en évitant d'induire une RC et ses conséquences, une meilleure efficacité à long terme.

La première étape a consisté en une étude de faisabilité évaluant l'impact de la prise en charge nutritionnelle de patients diabétiques de type 2, dans l'optique d'une perte de poids, en utilisant une TCCBPS. Nous avons choisi d'évaluer les principaux critères cliniques et biologiques impliqués dans la morbi-mortalité (poids, IMC, tour de taille, tension artérielle, paramètres lipidiques, HbA1C) mais également plusieurs paramètres psychologiques et comportementaux susceptibles d'influencer la qualité de vie et l'observance.

## MATERIEL ET METHODES

**10 patients ont pu être recrutés.** A la 1<sup>ère</sup> consultation, après interrogatoire et examen clinique, les principes de prise en charge étaient expliqués au patient. Étaient détaillés : le lien entre poids et ration calorique, le rôle des signaux de faim et de satiété, l'absence de responsabilité de la nature des aliments. L'échange se faisait dans l'optique de l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité.

**4 grands objectifs théoriques** étaient fixés pour la séquence thérapeutique :

- 1 – Identifier le signal de faim et ne manger que si l'on a faim;
- 2 – Identifier le signal de satiété et être capable de s'y arrêter;
- 3 – Être capable de sélectionner ses aliments en fonction de ses appétits et non de critères diététiques;
- 4 – Être capable de manger au-delà de ses besoins et de réguler par la suite.

Lors de la 2ème consultation (M0), les critères initiaux étaient recueillis à partir de l'examen clinique, des résultats des examens biologiques et des questionnaires (exploration de la RC à partir d'extraits du questionnaire du GROS, exploration de l'humeur par les échelles de Beck et Hamilton, de l'estime de soi par l'échelle EES de Rosenberg.

Le traitement anti-diabétique n'était pas modifié au cours du suivi.

## RESULTATS

	M0
Sexe féminin	5 (50%)
Age (années)	54,9 {39-70}
Ancienneté du diabète (années)	5,7 {2-10}
Monothérapie anti-diabétique (%)	2 (20%)
Bithérapie anti-diabétique (%)	8 (80%)
Antécédents de régimes (nombre)	2,5 {1-4}

Tableau 1. Caractéristiques cliniques des patients à M0. Les résultats sont exprimés en nombre et pourcentage pour les variables qualitatives et en moyenne, minimum, maximum pour les variables quantitatives.

	M0 (n=10)	M3 (n=10)	M6 (n=9)	Différence M0-M3	p	Différence M0-M6	p
Poids (kg)	86,8	82,6	81,8	4,2	-	5	-
IMC kg/m <sup>2</sup>	31,1 {28,5-33,5}	29,6 {27,4-31,8}	29,2 {26,8-31,6}	1,5	0,005	1,9	0,004
Tour de taille (cm)	100,8 {93-108,6}	94,8 {88,4-101,2}	94,1 {86-102}	6	0,001	6,7	0,001
TAS (mmHg)	133,3 {119,9-146,7}	132,5 {124,4-140,6}	132,2 {122-142}	0,8	0,936	1,1	0,634
TAD (mmHg)	80 {74,9-85,1}	76,9 {72,5-81,3}	78,4 {72-84}	3,1	0,059	1,6	0,063

Tableau 2. Caractéristiques cliniques à M0, M3 et M6. Les données sont exprimées en moyenne, écart type.

	M0	M3	Différence M0-M3	p	M6	Différence M0-M6	p
HbA1C (%)	7,2 {7,0-7,4}	6,7 {6,6-6,8}	0,5	0,001	6,6 {6,4-6,8}	0,6	0,001
Triglycérides (g/l)	1,8 {1,3-2,3}	1,4 {1,2-1,6}	0,4	0,062	1,3 {1,2-1,5}	0,5	0,055
HDL-cholestérol (g/l)	0,4 {0,4-1,0}	0,5 {0,4-0,5}	-0,1	0,01	0,5 {0,5-0,6}	-0,1	0,044
LDL-cholestérol (g/l)	1,2 {1,1-1,3}	1,1 {1-1,2}	0,1	0,033	1,0 {1,0-1,1}	0,2	0,032

Tableau 3. Caractéristiques biologiques à M0, M3 et M6. Les données sont exprimées en moyenne, écart type.

	M0	M3	Différence M0-M3	p	M6	Différence M0-M6	p
Score EES	28,3 {25,8-30,7}	30,9 {29,4-32,4}	-2,6	0,011	31,1 {29,1-32,9}	-2,8	0,014
Score Beck 13	6,4 {2,5-10,3}	4,6 {2,1-7,1}	1,8	0,105	3,3 {2,1-5,5}	3,1	0,03
Score Hamilton	21,4 {16,1-26,7}	16,6 {12,9-20,3}	4,8	0,019	15,8 {11,5-20,1}	5,6	0,003
RCA (versant comportemental)	5,7 {3,2-8,2}	2,7 {1,2-4,2}	3	0,005	2,3 {1,5-3,1}	3,4	0,019
Réponse alimentaire aux émotions	6,3 {4,3-8,3}	4,1 {2,9-5,3}	2,2	0,016	3,4 {2,2-4,6}	2,9	0,014
RCA (versant cognitif)	10,2 {7,8-12,6}	13,8 {11,5-16,4}	-3,6	0,003	14,1 {11,8-16,4}	-3,9	0,001
Handicap fonctionnel	14,1 {12,9-15,3}	14,4 {12,7-16,1}	-0,3	0,43	14,1 {12,1-15,9}	0	0,62

Tableau 4. Evaluations psychologiques à M0, M3 et M6. Les données sont exprimées en moyenne, écart type.

A 6 mois, la perte pondérale était significativement améliorée (tableau 2). La perte de poids moyenne était de 5 kg soit 5,8 % du poids initial. La majorité des patients (77%) avait une perte d'au moins 5% du poids initial. On observait une amélioration significative de l'IMC, avec une baisse moyenne de 1,9 kg/m<sup>2</sup>, et du tour de taille avec une baisse moyenne de 6,7 cm. 3 patients (33%) avaient une hypertension artérielle. Les valeurs tensionnelles systoliques et diastoliques étaient similaires entre M0 et M6.

Le taux d'HbA1c a diminué, de façon statistiquement significative, de 0,5% entre M0 et M6 (tableau 3). Le bilan lipidique était amélioré de façon significative pour le LDL-cholestérol et le HDL-cholestérol. L'augmentation moyenne du HDL-cholestérol était de 0,1 g/l. La baisse moyenne du LDL-cholestérol était de 0,2 g/l. La baisse moyenne du taux des TG était de 0,5 g/l, mais cette différence entre M0 et M6 n'était pas statistiquement significative (p = 0,055).

Concernant les paramètres psychologiques, on note une évolution nette concernant les versants comportementaux et cognitifs de la restriction cognitive ainsi que de la réponse alimentaire aux émotions. L'anxiété et l'estime de soi étaient également améliorés de façon statistiquement significative (tableau 4).

## DISCUSSION

La perte de poids moyenne était de 1 kg par mois, soit une perte d'environ 6% du poids initial et une amélioration de l'IMC de 1,9 kg/m<sup>2</sup>. Sept patients (77%) avaient atteint l'objectif de l'HAS (perte d'au moins 5% du poids initial).

Les différentes prises en charge diététiques évaluées dans la littérature, basées sur les conseils diététiques classiques et sur la thérapie comportementale (modifications des habitudes alimentaires), associées ou non à l'activité physique<sup>35,39,40,41</sup> ont prouvé leur efficacité rapide dans la perte pondérale, mais à court terme. Dans ces études sur 6 mois, la perte de poids observée était en moyenne de 2 à 9 kg, soit une perte de 2% à 11% du poids initial et l'IMC diminuait de 1 à 3 kg/m<sup>2</sup>.<sup>35,40,41,42,43</sup> Ces résultats sont observés dès les premiers mois mais, à partir du 6<sup>ème</sup> mois, on constate une reprise progressive du poids pour la majorité des patients.<sup>35,40</sup> Dans une étude contrôlée et randomisée, la perte de poids à 6 mois était significativement plus importante dans le groupe TC et TCC que dans le groupe contrôle (11%, 10% et 6,7% respectivement). Après 3 ans de suivi, les patients des 2 groupes avaient repris la quasi-totalité du poids perdu.<sup>43</sup> Une étude non contrôlée, évaluant la TCC chez des patients obèses rapporte une perte de poids à M6 de 5,5% en moyenne (5kg), une baisse du TT de 6 cm chez les hommes et de 3 cm chez les femmes.<sup>44</sup>

Nos résultats en termes de perte de poids sont donc similaires à ceux des études évaluant les prises en charge diététiques de l'obésité à court terme. Sous réserve d'être maintenus à long terme, nos résultats en concordance avec les données de la littérature sont encourageants quant à l'utilisation de la TCCBPS.

À 6 mois, l'HbA1C avait diminué de 0,5 %. Dans les études évaluant les autres prises en charges nutritionnelles, les améliorations observées à 6 mois vont de 0,1% à 0,5 %.<sup>39,40,41</sup> Dans une étude, contrôlée et randomisée, évaluant la prise en charge de la dépression chez le D2 par TCC associée à l'éducation thérapeutique, les patients du groupe TCC ont une amélioration significative de la dépression et de l'HbA1C avec une diminution de 0,7% à 6 mois.<sup>45</sup>

L'étude de l'UKPDS démontre qu'une baisse de 0,9% de l'HbA1C réduit de 12 % l'ensemble des événements liés au diabète, de 25 % les complications microvasculaires et de 16% les risques d'infarctus du myocarde. Cela dit, les patients de cette étude sont soumis à une prise en charge médicalement intensive, ce qui n'était pas le cas dans notre étude.<sup>46</sup>

Comparés aux données de la littérature, nos résultats sont encourageants et permettent d'envisager une efficacité de la TCCBPS à plus long terme, moyennant une évaluation adéquate.

## CONCLUSION

À notre connaissance, aucune étude n'avait évalué la TCCBPS dans la prise en charge du diabète ou de l'obésité. Bien que le concept de restriction cognitive date de près de 40 ans depuis sa description princeps par Herman et Polivy, la réponse du corps médical aux problèmes de poids est encore, la plupart du temps, la prescription d'un régime généralement hypocalorique d'équilibre variable, a fortiori quand coexiste une maladie métabolique comme le diabète.

Les patients diabétiques sont soumis à des recommandations diététiques afin de ralentir ou d'éviter l'évolution du diabète. Mais, pour 80% d'entre eux, ils sont également soumis (en bonne application des recommandations) à la prise en charge diététique de l'obésité. La prise alimentaire est donc plus régie par des consignes « de bonnes conduites alimentaires » que par les signaux internes (faim, satiété et appétits spécifiques). Un contrôle cognitif de la prise alimentaire s'installe progressivement, avec le risque d'apparition de RC et des TCA qui en découlent.

Mais alors, que faire ? Peut-on rétablir le libre choix des aliments et des quantités sur la seule foi des signaux de faim et de satiété, sur les appétits spécifiques et les phénomènes d'alliesthésie alimentaire négative, de rassasiement sensoriel spécifique et de rassasiement conditionné ?

Et chez ces patients diabétiques, n'y a-t-il pas un risque à faire volontairement l'impasse sur une alimentation limitant les montées glycémiques postprandiales et anti-athérogène ?

Notre étude avait pour objectif d'ébaucher une réponse à ces questions sous-tendues par autant de bonne volonté sincère de prendre soin de ces patients que d'idéologie purement et simplement dogmatique.

Compte-tenu des limites de notre étude et comparés aux données de la littérature, nos résultats semblent similaires à ceux des différentes prises en charge nutritionnelles du D2.

Nous retrouvons une perte de poids rapide dès les premiers mois équivalente en moyenne à une perte d'environ 6% du poids initial. Cette amélioration pondérale est accompagnée d'une amélioration de l'HbA1C et des paramètres lipidiques, probablement par le biais d'une amélioration de l'insulinosensibilité comme nous le laissent présager les données physiopathologiques bien établies et la diminution du tour de taille. On peut donc y voir également une amélioration du profil de risque cardiovasculaire. Certes, il peut apparaître critiquable de ne pas contrôler spécifiquement la nature des glucides ou de ne pas recommander l'alimentation anti-athérome, alors qu'il s'agit de recommandations bien ancrées.

Cependant, nous avons fait le choix de n'atteindre qu'un objectif à la fois, celui de lutter contre l'insulinorésistance via la perte de poids afin de diminuer les complications liées à l'obésité et, nous l'espérons, d'assurer une stabilité pondérale à long terme.

Ces premiers résultats nous permettent d'envisager la TCCBPS comme un outil supplémentaire permettant une réduction de la ration calorique et montrant, au moins sur un faible effectif, une efficacité comparable aux données de la littérature. Le dogme d'une sélection plus ou moins marquée des aliments comme corollaire indispensable à la prise en charge du D2 est donc bien remis en question. Rappelons que la TCCBPS a pour objectif de rétablir un poids s'approchant le plus du poids génétiquement déterminé via le rétablissement d'un comportement alimentaire régulé. Rétablir ce processus physiologique nécessite de réduire l'influence des croyances alimentaires erronées sur le comportement alimentaire et permet de retrouver une relation positive et affective aux aliments dont le rôle antidépresseur et anxiolytique est bien décrit.

Nos résultats retrouvent une amélioration des scores de dépression, d'anxiété, d'estime de soi aussi bien que de restriction cognitive et de réponse alimentaire aux émotions. Bien sûr, rien ne permet d'affirmer que cela soit la TCCBPS plus que la perte pondérale ou l'amélioration de l'HbA1C qui ait permis ce résultat. Notre étude ne permet pas de répondre à cette question. Toutefois, rien ne prouve le contraire et, en l'absence de preuves directes, nous plaidons pour que des études ultérieures puissent nous éclairer sur ce point.

Ces résultats nous permettent d'envisager la TCCBPS comme un outil associé à une amélioration de nombreux paramètres du bien-être psychologique (humeur, anxiété, estime de soi), ce qui est comparable à d'autres protocoles d'utilisation des TCC dans la littérature.

La TCCBPS est donc un espoir dans la prise en charge des troubles pondéraux car elle améliore le poids, les paramètres métaboliques, le comportement alimentaire et le bien-être psychologique. Nos résultats à court terme sont encourageants mais la question importante qui demeure est celle de l'efficacité à long terme.

De nombreux facteurs, d'ordre psychologiques aussi bien que métaboliques, ont été incriminés dans les échecs des régimes à long terme. Parce qu'elle a été conçue pour cela, la TCCBPS est également associée à une nette amélioration de la restriction cognitive. Or, cette dernière a de nombreuses conséquences associées à l'inefficacité des régimes à long terme. À l'inverse, une fois un comportement physiologique réinstallé, le patient se rapproche au maximum de son poids d'équilibre (set point). Cela impose parfois que le patient comprenne que ses objectifs de perte de poids peuvent être irréalistes par rapport aux capacités et aux besoins de son organisme. Comprendre et accepter cette réalité physiologique pourrait également permettre de favoriser l'efficacité à long terme.

À efficacité comparable à court terme, le fait que la TCCBPS se démarque des prises en charge conventionnelles par son rétablissement de la physiologie et son traitement de la RCA peut être un argument de poids dans l'efficacité à long terme. Il est nécessaire que des études contrôlées, randomisées, avec un effectif de patients plus grand, sur plusieurs années, soient mises en place pour valider nos résultats et si c'était le cas, pour connaître l'efficacité à long terme de la TCCBPS chez tous les patients en surpoids ou obèses, diabétiques ou non.

**[Bibliographie de l'étude disponible en cliquant sur le lien.](#)**

## Entre surabondance alimentaire et modèles de minceur : comment gérer les tensions ?



Depuis quelques décennies, nous vivons dans un contexte alimentaire inédit dans l'histoire de l'homme. Alors que pendant des siècles, l'homme a dû composer, pour sa survie, avec un environnement incertain et parfois hostile, nous évoluons aujourd'hui dans un monde où la nourriture est surabondante, aisément stockable et dans l'ensemble, facilement accessible tant d'un point de vue logistique (approvisionnement) qu'économique. Elle est de plus extrêmement variée et hyperstimulante, avec une quantité impressionnante de produits prêts à consommer de haute palatabilité et à forte valeur hédonique.

D'un autre côté, nous vivons dans un monde où la promotion, indirecte ou manifeste, de la minceur, expression corporelle inversée de la surabondance alimentaire, est difficilement contournable. En même temps, la perméabilité aux images et aux messages véhiculant un modèle de bonheur et de réussite indissociable d'un corps mince, est considérable, quelque soit les milieux sociaux.

Entre ces flux de signaux contradictoires, la collusion et son cortège de souffrances semblaient inévitable. Le croisement de quelques récentes études nous permet de modéliser dans son ensemble le danger des régimes alimentaires.

### **1er article : les signaux visuels alimentaires ont un impact sur la stimulation de l'appétit.**

(Petra Schüssler, Michael Kluge, Alexander Yassouridis, Martin Dresler, Manfred Uhr and Axel Steiger : Ghrelin Levels Increase After Pictures Showing Food Obesity -12 January 2012 - doi:10.1038/oby.2011.385 )

### **2ème article : nous distinguerions plus rapidement les aliments gras et sucrés que les autres.**

(Toepel U, Knebel JF, Hudry J, le Coutre J, Murray MM: Advantageous Object Recognition for High-Fat Food Images Bookshelf ID: NBK53534 PMID: 21452467 2010)

**3ème article : les personnes qui se restreignent ont beaucoup de mal à suivre les indications d'un régime pauvre en calories dans un contexte d'offre alimentaire stimulante** (van Koningsbruggen GM, Stroebe W, Aarts H. : Mere exposure to palatable food cues reduces restrained eaters' physical effort to obtain healthy food. PMID:22138114 )

### **4ème article : les jeunes filles présentant une insatisfaction au sujet de leur image corporelle ont une insatisfaction accrue après une exposition à des images de corps féminins minces. Elles ont imperméables aux messages positifs associés à des images de corps féminins de taille moyenne.**

(Rodgers R, Chabrol H. : The impact of exposure to images of ideally thin models on body dissatisfaction in young French and Italian women in Encephale. 2009 Jun;35(3):262-8. Epub 2008 Sep 20.PMID : 19540413 )

Ces études nous montrent que lorsque, sur la base d'une insatisfaction corporelle, se décide et se met en place un programme de restriction alimentaire, s'enclenche un mécanisme dangereux qui le rend difficilement supportable. Par exemple, alors que nous cherchons à éviter les produits gras et sucrés responsables de ces rondeurs indésirables qui, croit-on, rendent la réussite et le bonheur impossibles, ce sont eux que, pour des questions de survie, nous détecterions en premier. Ce sont eux aussi qui nous rendent les aliments prescrits par ces régimes particulièrement inintéressants. Ainsi la privation et la restriction ouvrent-elles les portes de la frustration et favorisent les dérives et la mauvaise estime de soi. Et de même que des images de corps minces peuvent augmenter une insatisfaction déjà installée au sujet de son corps, des images de nourritures peuvent agir sur notre sensation de faim...

Faut-il se couper du monde et éviter toutes les stimulations ? Absurde. Faut-il substituer un idéal de beauté au profit d'un autre ? Sous la poussée du succès d'actrices ou stars qui revendiquent des formes généreuses, les références corporelles évoluent. Pour autant, c'est de la notion même de modèle qu'il faut peut-être se distancer. Se distancer : et si là était la solution ? Se distancer des modèles de réussite, se distancer des croyances reçues, se distancer des tentations d'accusation ou de condamnation infécondes et essayer de trouver son propre équilibre, unique et singulier. Composer tel qu'on est avec le monde tel qu'il est dans une dynamique de négociation féconde, avec conscience et mesure. Conscience et mesure ? Toutes nos interrogations alimentaires ne trouveraient-elles pas leurs réponses dans la philosophie ?

Catherine DIJUSTE, résumé de la soirée de l'antenne de Paris du 22 juillet 2012



La deuxième journée d'automne du GROS, gratuite et réservée aux membres à jour de leur cotisation, s'est déroulée le samedi 22 septembre, à l'ASIEM, Paris, 75007. Les présentations sont déjà disponibles sur le site! Il suffit de [cliquer ici](#) et de vous connecter avec vos codes personnels. Bonne lecture !

## PROGRAMME DE LA JOURNEE D'AUTOMNE DU GROS Du samedi 22 septembre 2012

09h00

Accueil

Présentation de la journée

Groupe de réflexion intégratif autour de l'attachement, D. Amar-Sotto, B. Ballandras, S. Benkemoun, P. Dalarun, F. Duret-Gossart, K. Kureta-Vanoli, M. Poinsignon, N. Sadowsky

*Sujet présenté par Sylvie Benkemoun*

Questions - Discussion

Réflexion : Exemple de travail en supervision après la formation GROS, G. Griziaux, A. Grumbach, M.L. Thollier

Questions – Discussion

Pause

« En tant que thérapeute GROS, comment j'utiliserai la thérapie ACT ? », J.P. Zermati (Paris)

« En tant que thérapeute ACT, comment je traiterai un patient GROS ? », J. Grand (Lyon)

Questions - Discussion

12h30

Déjeuner

14h00

Le questionnaire de B. Waysfeld illustré par des cas cliniques, B. Waysfeld (Paris)

Questions - Discussion

La pompe à chocolat ou comment traiter les envies de manger émotionnelles, J.P. Zermati (Paris)

Questions – Discussion

Pause

« Ensemble, c'est plus facile – Réseau RéPPOP – Franche-Comté », J. Bulliard (Besançon)

Questions – Discussion

17h00

Conclusion et synthèse

17h30

Fin de la journée

Cher Membre,

Comme chaque année, nous profitons de notre présence à tous au congrès pour organiser l'Assemblée Générale ordinaire de notre association.

Elle aura lieu le jeudi 15 novembre de 18H à 20H, à la faculté de médecine, rue de l'école de Médecine, 75006 Paris.

L'ordre du jour précis vous sera envoyé lors de la convocation.

- Rapport moral
- Rapport financier
- Rapport sur l'enseignement
- Perspectives et projets 2013
- Election des 6 membres du Conseil d'administration
- Questions diverses

Les membres sortants sont : Marie-Carmel Detournay, Katherine Kuréta-Vanoli, Sabrina Julien, Ulla Menneteau, Brigitte Rochereau et Bernard Waysfeld.

Bernard Waysfeld ne souhaite pas se représenter en tant que Président mais se représente au conseil d'administration.

Les personnes désireuses de se présenter au Conseil d'Administration doivent faire acte de candidature au plus tôt. Elles sont priées d'adresser à Bernard Waysfeld avant le 26 octobre 2012 (3 rue Régis, 75006 Paris ou [bernard.waysfeld@wanadoo.fr](mailto:bernard.waysfeld@wanadoo.fr)), en quelques lignes, un CV et leur projet pour le poste auquel elles souhaitent se présenter.

Les candidats et les votants sont les membres titulaires à jour de leurs cotisations.

Les membres associés ne votent pas. Ils sont les bienvenus et sont naturellement invités à s'y exprimer.

Si vous êtes membre titulaire mais que vous ne pouvez pas être présent à l'Assemblée Générale, les statuts de l'association vous permettent de vous faire représenter par un autre membre titulaire. Pour cela, il suffit de remplir le pouvoir joint à la convocation qui vous sera envoyée dans quelques jours.

Êtes-vous vraiment membre titulaire du GROS ?

Si vous n'êtes pas membre fondateur, si vous n'avez pas fait de demande pour être membre titulaire, alors vous êtes sans doute membre associé. Si vous êtes membre associé depuis 2 ans au moins, si vous avez suivi l'enseignement du GROS ou un autre enseignement de nature équivalente, vous pouvez devenir membre titulaire de l'association et, ainsi, influencer sur son devenir. Il est nécessaire d'être membre titulaire pour pouvoir voter aux assemblées générales.

**Faites votre demande ! Merci de participer pleinement à notre association !**

Sabrina JULIEN, secrétaire générale

# LU POUR VOUS !

## « L'apprentissage de l'imperfection »



La lecture partagée avec les personnes que nous rencontrons au cours des thérapies est souvent un puissant levier pour avancer vers un sentiment de mieux être.

J'avais donc envie de partager avec vous le plaisir d'une des lectures qui participe à ces échanges.

J'espère être fidèle à l'esprit développé dans ce livre.

Tal Ben-Shahar expose tout au long du livre la différence entre perfectionniste et optimaliste que j'ai essayé de regrouper dans le tableau ci-après.

L'auteur précise quelques points qui me semblent très pertinents :

« Accepter sincèrement les émotions telles quelles, cela implique d'accepter les émotions négatives même quand elles persistent au-delà de ce qu'on est prêt à supporter. L'acceptation véritable consiste à admettre qu'elles nous perturbent, puis qu'on ne se sentira pas forcément mieux si on accepte ce fait. La faculté d'accepter sincèrement les choses est au cœur de la différence entre perfectionnistes et optimalistes »

« Perfectionniste et optimaliste ne sont pas deux manières d'être bien distinctes, une alternative bien tranchée, ils coexistent en chacun de nous. L'optimaliste en tant qu'idéal n'est pas un rivage lointain où accoster un jour mais plutôt une étoile qui nous guide en demeurant indéfiniment hors de portée. » Comme dit Carl Rogers : « Une vie pleine est un processus, ce n'est pas un état. C'est une direction que l'on prend, c'est une direction que l'on prend ce n'est pas une destination à laquelle on arrive »

« Rejoindre le pôle optimaliste est l'œuvre de toute une vie, un voyage qui exige beaucoup de patience, de temps et d'efforts, mais qui peut-être tout aussi agréable et infiniment gratifiant. »

« Paradoxalement, admettre que le perfectionnisme ne disparaît jamais complètement me fait avancer vers l'optimaliste. »

A la lecture de ce livre, je fais donc un lien avec notre approche sous-tendue par les idées du « GROS » qui ne propose pas un objectif de « poids » dans l'accompagnement mais plutôt une direction de vie (en accord avec ce qui compte pour nous) dans des champs bien plus large que le poids qui ne résume

en aucun cas la valeur de l'individu.

Notre approche propose également de :

- tenter de lever les règles rigides de la restriction cognitive qui amplifient entre autres le « tout ou rien »;

- cheminer vers l'acceptation de ses émotions afin d'augmenter la tolérance émotionnelle;

- avancer vers l'acceptation de soi.

Cette approche permet, nous le constatons souvent, une modération des prises alimentaires en excès impulsées par des envies de manger émotionnelles qui conduisent à manger sans faim et sans fin et donc à une instabilité pondérale.

Un autre chapitre qui me touche particulièrement est celui du positionnement du thérapeute dans la relation thérapeutique dans le respect de l'autonomie des personnes accompagnées.

Tal Ben Shahar cite Carl Rogers : « au début de ma carrière je me demandais toujours : comment soigner ou guérir, ou changer cette personne ? Aujourd'hui, je formulerais la chose autrement ; je dirais : comment créer un rapport que cette personne puisse ensuite réutiliser pour évoluer positivement de son côté ? »

L'auteur ajoute : « s'il l'on en croit Carl Rogers, le rôle du thérapeute (ou de tout autre intervenant) est de créer un contexte où le patient se sente l'objet d'une attention positive quoi qu'il dise et quoi qu'il fasse. Avec le temps, ce dernier finit par intérioriser ce regard positif, approuvateur en toutes circonstances, et en devient plus fort, plus à même d'affronter seul les difficultés... »

« Avancer des solutions pour aider un ami en difficulté, c'est souvent pour se rassurer sur sa capacité à être utile, mais cela a un effet inverse sur la personne en question. Premièrement, en proposant des solutions, je crée une distance : il y a celui qui sait (qui prend le dessus) et de l'autre celui qui a des problèmes (qui a le dessous). Malgré moi le message que je tente de faire passer prend des allures condescendantes, paternalistes. »

« Alors que si je cherche à comprendre l'autre, si je l'accepte tel qu'il est, je lui fais parvenir un message d'une tout autre nature... Nous lui disons : « je suis de ton côté. Je ne suis pas indifférent à ce qui t'arrive. Tu peux compter sur moi. » Ensuite on lui fait

comprendre qu'on lui fait confiance. Qu'on le sait suffisamment intelligent et compétent pour s'en sortir. Une fois qu'on se place sur le mode de l'acceptation, même s'il est évident qu'une des deux personnes apporte de l'aide et que l'autre la reçoit, cette dernière se sentira comprise et saura que ce sera elle qui trouvera la solution. »

Une fois encore le partage et le vécu des ces éléments avec les personnes que je rencontre me con-

forte dans l'idée que le message du Gros, s'il n'aide pas toujours à « maigrir », aide très souvent à « grandir » en humilité et en humanité ceux qui essaient d'en comprendre le sens.

Marie-Carmel Detournay

Perfectionniste	Optimaliste
Parcours en ligne droite	Parcours en spirale accidentée
Peur de l'échec (peur de se tromper et donc se retient d'agir, peur de ne pas être à la hauteur) Refuse l'échec	Apprentissage à partir de l'échec (admet qu'il est faillible) Accepte l'échec
Refuse les émotions douloureuses	Accepte les émotions douloureuses
Refuse la réussite	Accepte la réussite
Refuse la réalité	Accepte la réalité
Concentration sur la destination et l'objectif à atteindre et son incapacité à profiter du parcours finissent par saper sa motivation.	Concentration sur le parcours et la destination. Vit plus dans l'instant présent.
Angle du « tout ou rien »	Approche complexe et nuancée
Attitude défensive	Ouverture aux opinions extérieures
Attitude tatillonne	Recherche des bénéfices éventuels
Dureté	Indulgence (est capable d'auto-compassion)
Rigidité attitude statique	Attitude adaptable

# VU POUR VOUS !

Mince, alors !



Ce film, sorti en salles en mars dernier, est aujourd'hui disponible en location.

Nous étions au courant de ce film depuis le casting et savions qu'il devait se tourner à Brides-les-Bains, station thermale réputée pour « ses cures minceur ». Mais après... qu'allaient-ils encore nous raconter ?

Serait-ce la suite de « J'ai faim ! », la « comédie diététique » sortie en 2001 avec Catherine Jacob ([voir extrait 1](#) et [extrait 2](#)) ?

Au début du film, un mari offre à sa femme un bon-cadeau d'un mois en cure d'amaigrissement. Elle qui s'attendait à des vacances en amoureux, c'est raté. Sa mère lui rappelle, au passage, que ces 10 kg en trop vont lui gêner la vie...

On voit aussi une maman qui dépose son enfant, Thomas, environ 9 ans, en le pressant de

se prendre en main: « cette année, il faut que tu maigrisses ! ». Mais, Thomas, lui, ce qu'il veut, c'est aller voir la mer et particulièrement la dune du Pyla...

Alors, vont-ils tous se mettre au régime drastique, vont-ils réussir, échouer ? Eh bien, rien de tout cela !

Depuis « J'ai faim », quelque chose a changé... Ça parle bien de cure minceur, un peu de poids, on voit des diététiciens, un médecin et pourtant, c'est différent :

1- le nutritionniste n'est plus un ignoble bourreau présent uniquement pour prescrire des menus impossibles et encaisser l'argent, mais un charmant diététicien, empathique et contre les demandes de perte de poids excessives de ses patientes.

2- les personnages principaux ne sont plus dans l'espoir magique de perte de poids. Non, s'ils viennent (et tous les ans pour certains), c'est aussi pour prendre du temps pour soi et se retrouver entre ami(e)s: « le mari, les enfants, pendant un mois: on s'en fout ! »

3- La question psychologique du poids est présente, implicitement certes, mais présente.

4- Personne ne gagne, n'échoue... Enfin, si ! Tout le monde gagne mais bien plus que des kilos perdus...

Un film agréable pour vos soirées d'hiver ;-)

[Voici la bande annonce que vous avez peut-être aperçue lors de la promo du film.](#)

# Compte rendu des JABD

Journées Annuelles Benjamin Delessert, 3 Février 2012  
partie 2/2 par le Docteur Dominique-Adèle Cassuto



Le prix Benjamin Delessert a été attribué lors de cette matinée au Pr Adam DREWNOWSKI (Director, UW Center for Obesity Research; Seattle) après une conférence intitulée « le coût et le goût des aliments ».

Cette conférence était centrée sur les déterminants économiques, très importants dans la prise alimentaire : les aliments les moins chers sont surtout des aliments énergétiquement denses et pauvres en nutriments.

Ces aliments peu coûteux ont, de plus, un moindre pouvoir rassasiant. Les fruits et légumes, de forte densité nutritionnelle, sont aujourd'hui plus chers que la plupart des produits gras et sucrés. Leur consommation est plus faible dans les groupes à faibles revenus. C'est la principale différence dans le contenu du panier d'achat des ménages. D'après les grandes enquêtes, l'obésité aux Etats-Unis se développe de manière équivalente dans les différentes couches sociales. À l'aide d'outils mis au point par les enquêteurs en épidémiologie spatiale, les chercheurs ont évalué les ressources à l'échelle d'un secteur géographique. Adam Drewnowski nous a fait part de son expérience avec ses nouveaux outils dans la ville de Seattle. De telles approches pourront dans le futur nous permettre de mieux comprendre les relations entre le surpoids et les niveaux socioéconomiques et de comparer des pays, voire des régions ou des quartiers entre eux.

La session de l'après midi a été réservée aux oméga 3 : « des données scientifiques aux recommandations pratiques ».

Plusieurs types d'études, épidémiologiques ou d'intervention, ont mis en évidence des bénéfices potentiels des Oméga 3 dans différents domaines (cardiologie, psychiatrie et pédiatrie). Les intervenants ont dressé un panorama des données scientifiques disponibles à ce jour et des niveaux de preuve exigés permettant d'établir des recommandations pratiques dans un contexte où les consommations en oméga 3 des Français sont particulièrement faibles.

Dr Sophie Gillette (Pôle Gériatrie -Toulouse ) a donné son expérience en gériatrie. Des études observationnelles indiquent que des apports élevés en acides gras saturés et graisses transinsaturées (hydrogénées) sont associés à une augmentation du risque de maladie d'Alzheimer, tandis que des apports élevés en acide gras poly et monoinsaturés auraient un effet protecteur contre le déclin cognitif. Selon d'autres études une consommation régulière de poisson est corrélée à une

diminution du risque de démence ou de déclin cognitif. Cependant un essai n'a montré aucun effet positif d'une supplémentation en EPA-DHA sur les performances cognitives. Il reste difficile de proposer des recommandations spécifiques pour la prévention de la maladie d'Alzheimer. Il est très peu probable qu'un seul composé joue un rôle majeur. L'étude française des Trois Cités, suggère qu'une alimentation peu diversifiée majorerait le risque de maladie d'Alzheimer. Dans ce travail, la consommation hebdomadaire de poisson n'est associée à une diminution du risque de démence que chez les sujets porteurs de l'allèle E4 de l'apolipoprotéine E. Par ailleurs, les travaux actuels sont en faveur du rôle protecteur des acides gras oméga 3 sur le risque de survenue d'une dépression chez les personnes âgées.

Pr Philippe Moulin (U 870 INSERM / INRA 1235-Faculté de Médecine Lyon Sud -BP 12) a fait le point sur le risque cardiovasculaire.

Des données épidémiologiques et expérimentales, confortées par les résultats de plusieurs essais cliniques, ont conduit l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) à accepter, en 2003, les allégations de santé relatives à un effet potentiellement bénéfique des oméga 3 pour le système cardiovasculaire et à réviser les apports nutritionnels conseillés. Cependant les travaux menés au cours des dix dernières années indiquent que les effets de ces acides gras sont plus complexes qu'on ne le pensait. L'étude des marqueurs biochimiques et cellulaires du risque vasculaire suggère que des apports nutritionnels en oméga 3 très inférieurs aux doses administrées dans les essais cliniques peuvent être bénéfiques. Mais la relation dose-effet est très complexe et des travaux récents suggèrent que l'action bénéfique observée pour des apports modérés peut s'inverser pour des doses plus élevées.

De plus les acides gras de la famille des oméga 3 ont des effets variables. Les données en faveur d'un bénéfice cardiovasculaire sont beaucoup moins solides pour l'acide alpha linoléique que pour l'EPA et le DHA. Même pour ces derniers, certains essais cliniques ont donné des résultats divergents. Ces incertitudes soulignent la nécessité de redéfinir les niveaux d'apports optimaux et les personnes susceptibles de tirer bénéfice d'un enrichissement de l'alimentation en oméga 3.

Au bénéfice du doute, les recommandations pour les sujets à risque cardiovasculaire continuent à promouvoir l'enrichissement de la ration en acides gras oméga 3 à longue chaîne, qu'il s'agisse de l'American Heart Association ou de l'European Atherosclerosis Society au même titre que les ANC conduisent à encourager leur consommation en population générale.

L'ANSES rappelle avec sagesse qu'il n'existe pas d'aliment magique en matière de prévention cardiovasculaire puisque « les mesures de prévention des maladies cardiovasculaires ne reposent pas seulement sur la consommation alimentaire d'acides gras oméga 3, mais sur une alimentation variée et équilibrée et la pratique d'une activité physique ».

Pr Dominique TURCK (Unité de gastro-entérologie pédiatrie – LILLE) a fait le point pour la pédiatrie. Les nourrissons nés de mères supplémentées en EPA et DHA, ou ayant consommé des acides gras polyinsaturés à longue chaîne pendant la grossesse, ont un développement cognitif et neurosensoriel optimisé. La consommation par la mère d'AGPI-LC (huiles végétales, poissons) pendant la grossesse et l'allaitement a des effets bénéfiques chez l'enfant, en particulier sur le plan du développement cognitif et neurosensoriel. Elle pourrait être un facteur associé à un moindre risque de maladies allergiques mais ceci reste controversé. Le lait maternel est naturellement riche en oméga 3. La plupart des préparations pour nourrissons sont aujourd'hui enrichies en acide arachidonique et DHA, parfois EPA, et assurent des apports adéquats. Néanmoins, des revues Cochrane concluent à l'absence d'arguments décisifs en faveur d'une supplémentation en acides gras polyinsaturés à longue chaîne des préparations pour nourrissons. L'étude INCA 2 suggère qu'un pourcentage significatif des enfants et adolescents de 3 à 18 ans ont des apports insuffisants en oméga 3. Des effets bénéfiques de la supplémentation en oméga 3 ont été observés chez les enfants ayant un déficit de l'attention et une hyperactivité, mais les données sont encore très préliminaires. Pour le développement cognitif, l'asthme, la mucoviscidose et diverses autres maladies, les études n'ont pas montré d'effets bénéfiques patents ou sont trop peu nombreuses pour pouvoir conclure. Même si aucun effet délétère n'a été observé, il n'y a à ce jour aucune justification pour recom-

mander les compléments alimentaires enrichis en oméga 3 chez l'enfant.

Mariane EOLE (Unité de Nutrition -Hôpital Ambroise Paré) nous a donné son expérience pratique. Les apports nutritionnels conseillés en lipides ont été réévalués en 2010 par l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire, en prenant en compte les apports nécessaires à l'organisme, mais aussi la prévention de certaines pathologies. Ces recommandations sont moins restrictives que les anciennes, donc plus proches de nos habitudes alimentaires. Cependant, la consommation actuelle des Français en oméga 3 reste déficitaire alors que celle en oméga 6 est supérieure aux recommandations, en raison d'une consommation excessive d'huiles végétales riches en oméga 6, comme l'huile de tournesol ou l'huile de palme. Il est donc nécessaire de conseiller aux patients une alimentation plus riche en oméga 3 grâce à des aliments tels que des poissons gras, certaines matières grasses végétales, des graines oléagineuses ou encore des produits issus d'animaux dont l'alimentation a été enrichie en oméga 3. L'enrichissement de l'alimentation en oméga 3 doit être adapté au profil des populations concernées et simple à appliquer. Les produits enrichis commercialisés ne suffisent pas à résoudre le déficit compte tenu d'un apport en oméga 3 moins intéressant que celui d'aliments courants.

Le mot de la fin a été donné au Pr E. Bruckert (Endocrinologie métabolisme Hôpital de la Pitié-Salpêtrière Paris). Pour ce spécialiste, les études d'observation ont montré, de façon régulière, une fréquence de maladies cardiovasculaires bien inférieure chez les personnes consommant des oméga 3 (EPA ou DHA). Mais ces études souffrent de biais potentiellement importants. Plusieurs essais d'intervention ont été menés avec ces compléments. Certains montrent une réduction des événements cardiaques ou des décès d'origine cardiovasculaire d'autres, plus récents, non. Ces discordances pourraient être dues aux progrès des traitements cardiovasculaires, qui, en diminuant le risque de récurrence, rendent plus difficile la mise en évidence d'un bénéfice supplémentaire de ce type de compléments alimentaires. Les recommandations diététiques de remplacer de la viande par du poisson restent valides. Mais le bénéfice des compléments alimentaires apportant des oméga 3, s'il existe, est faible.

# A retenir ...

AGENDA		
septembre	22 JOURNEE ASSOCIATIVE	
octobre		5 & 6 STAGE D'APPROFONDIS- SEMENT, partie 2 La Pleine Conscience
novembre	15 & 16 CONGRES DU GROS à Paris 6ème	

## Dernières Minutes

[www.no-regime.com](http://www.no-regime.com): le nouveau site de Gérard Apfeldorfer et Jean-Philippe Zermati.

« Nous estimons qu'il n'est pas possible de se taire, de laisser tant de gens s'engager dans une voie si destructrice, en regardant tout cela passivement !

Il s'agit d'une action indépendante du GROS, car nous n'avons pas voulu impliquer l'association dans cette action. Le GROS met désormais l'accent sur ce qu'il convient de faire, et le site que nous allons mettre en place explique ce qu'il ne faut surtout pas faire.

Nous vous invitons à signer la pétition anti-régimes, à laisser votre témoignage, en tant que professionnel de santé ou en tant **qu'usagé** des régimes.»

**MENSONGES, RÉGIME DUKAN ET BALIVERNES**, Jean-Philippe Zermati et Gérard Apfeldorfer, Éditions Odile Jacob, 2012.

Des millions de personnes ont succombé aux promesses d'amaigrissement rapide, important et durable du régime Dukan. Après une période d'euphorie, leur rêve s'est bien souvent transformé en cauchemar. Poids repris, troubles du comportement alimentaire, perte de l'estime de soi et dépression sont au rendez-vous.

Jean-Philippe Zermati et Gérard Apfeldorfer vous expliquent les ressorts cachés de la méthode : contre-vérités scientifiques et médicales, promesses fallacieuses, déshumanisation en vue de faire adhérer à un système sectaire. Une lecture édifiante !

Si vous souhaitez écrire dans GrosInfo, contactez Sabrina Julien à

[jsabrina@wanadoo.fr](mailto:jsabrina@wanadoo.fr) !