

# CONFERENCE BENJAMIN DELESSERT

Remise du Prix Jean Trémolières – 26 septembre 2018



**Place de la méditation de pleine conscience  
dans la prise en charge des sujets obèses**

## CONFERENCE BENJAMIN DELESSERT

### Remise du Prix Jean Trémolières

Mercredi 26 septembre 2018

Espace Hamelin, 17 rue de l'Amiral Hamelin, 75116 Paris

# *Place de la méditation de pleine conscience dans la prise en charge des sujets obèses*

Modérateur : **Claude Fischler**

**14h00** : Introduction

**Claude Fischler** (EHESS-CNRS, Centre Edgar Morin, Paris)

**14h15** : Les pouvoirs du cerveau

**Michel Le Van Quyen** (INSERM, Paris)

**14h45** : Méditation de pleine conscience et maladies chroniques : du nouveau pour les patients et pour les soignants?

**Corinne Isnard Bagnis** (APHP et Sorbonne Université, Paris)

**15h15** : Prise en charge psychologique du sujet obèse

**Sylvain Iceta** (CREATyon, Lyon)

**15h45** : Remise du **Prix Jean Trémolières** par Claude Fischler à Alexis Ruffault

Événements traumatiques et conduites alimentaires à risque auprès de patients obèses : Impact post-opératoire et rôle de la régulation des émotions

**Alexis Ruffault** (Université Paris Descartes, Paris)

**16h30** : Session commune de questions

**17h00 – 17h30** : Cocktail

## Les pouvoirs du cerveau

**Michel LE VAN QUYEN**, INSERM, Laboratoire d'Imagerie Médicale, Paris.

Savez-vous qu'une croyance dans l'efficacité d'un traitement, qui pourrait n'être qu'une simple gélule de sucre, déclenche dans le cerveau des mécanismes biologiques, très semblables à ceux qu'actionnent des médicaments. Savez-vous que la méditation peut augmenter votre bien-être, réduit votre stress et participe également au processus thérapeutique de nombreux troubles d'ordre psychologique, dont l'anxiété et la dépression.

Dans sa présentation, Michel Le Van Quyen détaille les mécanismes par lesquels l'esprit, émanation du cerveau, est susceptible d'exercer de formidables pouvoirs sur ce dernier. Depuis René Descartes, il est convenu de penser que le cerveau et l'esprit sont deux domaines séparés, étrangers l'un à l'autre. Longtemps cette perspective a conduit les neurosciences à considérer l'esprit comme un épiphénomène passager et souvent insignifiant de l'activité cérébrale. Au cours des dernières décennies, pourtant, les neurosciences nous montrent que notre conscience peut exercer sur notre cerveau des altérations physiques mesurables et durables. Plusieurs évidences seront rapportées : l'effet placebo, l'hypnose, le neurofeedback et la méditation. Il n'y a rien de magique dans ces phénomènes, juste le pouvoir de notre esprit à exercer une action causale sur les activités de certaines régions du cerveau, en particulier celles qui jouent un rôle clef dans notre santé et notre bien-être. Comme pour l'apprentissage d'un sport ou d'un instrument de musique, nous pouvons ainsi intentionnellement éduquer notre esprit à améliorer notre attention, notre empathie, ou diminuer nos douleurs ou même intervenir dans les processus d'auto-guérison du corps. La découverte de ces pouvoirs remet en question la vision d'un esprit totalement indépendante de son incarnation biologique. Également, ces observations confirment les thèses de Francisco Varela qui a un des premiers à montrer l'incroyable richesse des dialogues possibles entre deux formes de connaissance : d'une part, ce que la science sait sur le cerveau par des instruments scientifiques et, d'autre part, l'expérience que nous avons de notre propre esprit, notre subjectivité donc. Un des exemples les plus significatifs de cette mise en dialogue est celle instaurée par Varela entre les neurosciences et la méditation. La présentation va exposer ces idées et montrer qu'elles ont des implications profondes dans la vision que la science nous donne de nous-mêmes. En particulier, il est aujourd'hui clair que notre esprit dispose d'une liberté fondamentale : c'est celle de transformer de son plein gré la matière qui lui donne naissance et donc de définir qui nous sommes.

# Méditation de pleine conscience et maladie chronique : du nouveau pour les patients et pour les soignants ?

**Corinne ISNARD BAGNIS<sup>1</sup>**, Professeur de Néphrologie à l'hôpital Pitié Salpêtrière à Paris - Enseignante de méditation de pleine conscience formée à Boston dans l'équipe de Jon Kabat-Zinn.

La méditation de pleine conscience fait parler d'elle. Elle entre dans le champ de la santé. Elle concerne à la fois les patients, les aidants et les soignants. Pratique ancestrale, déclinée dans toutes les cultures et toutes les spiritualités, la méditation de pleine conscience est accessible à tous. Elle mobilise notre capacité à porter notre attention sur nos ressentis, émotions et pensée. Elle a été structurée dans un programme pédagogique d'enseignement par J.Kabat-Zinn dans les années 80 à Boston, ce qui a permis l'explosion de ces pratiques. La particularité du programme MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) est une certaine forme de laïcité de la pratique qui lui permet d'entrer dans les lieux de soin, la description précises d'un enseignant qui définit une intervention évaluable scientifiquement. Depuis la création du programme MBSR (et de son homologue décliné dans le champ de la santé mentale sous la forme Mindfulness based Cognitive Therapy) la recherche clinique et fondamentale a pu commencer à explorer ces pratiques appliquées à la dépression, l'anxiété, la douleur, les troubles du sommeil, les addictions...

La méditation est un exercice du mental, dans lequel on ne cherche pas à ne plus penser, mais au contraire à délibérément porter son attention, sans jugement et avec bienveillance, sur différents points de concentration, objets de méditation, qui peuvent être les sensations du corps, la respiration, les pensées, les émotions. Ce n'est pas une technique de relaxation. Cela peut apporter de la relaxation, mais ce n'est pas la finalité. Il n'est du reste, pas toujours agréable de méditer. Il peut être inconfortable d'essayer de se reconnecter à des sensations du corps que, la plupart du temps, avec la maladie, on cherche à éviter. On a souvent une attitude de fuite par rapport aux émotions négatives ou aux sensations négatives du corps. La méditation de pleine conscience propose de créer un espace pour nourrir des liens différents avec nos expériences d'être humain (incluant l'inévitable souffrance) en les accueillant avec compassion.

Dans le cadre du soin et de la santé, la méditation peut répondre à une amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, exposées de façon répétée à des situations de stress (incertitudes liées à la maladie, étapes médicales conditionnant des choix personnels et professionnels, deuils et pertes de fonctionnalité et d'autonomie, douleurs et fatigue...). La formation des patients peut s'intégrer dans les objectifs de l'éducation thérapeutique et permet aux malades de se reconnecter avec leurs sensations corporelles, de développer les capacités d'auto-soin, de reprendre confiance dans la perception de son corps, de revisiter le quotidien à la lumière de la réalité de l'expérience corporelle et mentale et de mieux s'adapter à la vie avec la maladie.

---

<sup>1</sup> Que Sais-Je ? La méditation de pleine conscience. PUF, 2017

La pleine conscience au service de la relation de soin : méditer pour mieux soigner. De Boeck, 2017.

Du côté des soignants, l'expérience de la méditation est une façon d'apprendre à accueillir ses émotions face à la souffrance de l'autre. Elle autorise la compassion et met en avant l'apprentissage de la bienveillance à l'égard de soi-même comme pré-requis pour être présent à l'autre. Ce faisant, elle prévient le risque d'épuisement émotionnel. Pratiquer la méditation pour un soignant, améliore sa capacité à être centré sur le patient, à être à l'écoute de ses besoins, et semble un facteur important de prévention des erreurs médicales.

Ainsi, méditer pour se soigner et méditer pour mieux soigner deviennent des objectifs de formation des patients et des professionnels de santé, comme ceux développés dans le Diplôme Universitaire "Méditation, gestion du Stress et relation de Soins"<sup>1</sup> à la Sorbonne. De nouveaux programmes spécifiquement dédiés aux soignants commencent également à être proposés avec une évaluation de leur impact sur le bien-être au travail et sur la qualité de la relation de soins.

---

<sup>1</sup> Diplôme Universitaire 442, Sorbonne Université

## Prise en charge psychologique du sujet obèse

**Sylvain ICETA**, Centre Référent pour l'Anorexie et les Troubles du Comportement Alimentaire (CREATYON), Hospices Civils de Lyon, Lyon, France – INSERM U1028, CNRS UMR5292, Université Claude Bernard Lyon 1, Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon (CRNL), Equipe PSYR2, Centre Hospitalier Le Vinatier, Lyon, France – Centre Intégré de l'Obésité Rhône-Alpes ; Fédération Hospitalo-Universitaire DO-iT, Service d'Endocrinologie et Nutrition, Groupement Hospitalier Sud, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France.

L'obésité est une maladie hétérogène qui résulte d'une variété de phénotypes comportementaux et non comportementaux. Nous savons aujourd'hui que les liens entre obésité et psychisme sont complexes et bidirectionnels<sup>1</sup>. Les recommandations récentes soulignent d'ailleurs l'intérêt de l'exploration et la prise en charge de ces dimensions « psychiques », en cas de comorbidités psychiatriques, mais aussi pour aider aux modifications comportementales<sup>2</sup>.

« Bien évaluer pour bien accompagner » devrait être l'adage de tout intervenant en santé mentale accompagnant un patient souffrant d'obésité. Cette évaluation initiale ne manquera pas d'identifier la présence ou non d'un trouble du comportement alimentaire co-morbide tel que l'hyperphagie boulimique (5 à 6 fois plus élevée chez le patient souffrant d'obésité que chez le patient normo-pondéral<sup>3</sup>). D'autres perturbations du comportement alimentaire (non encore classées comme troubles) doivent également faire l'objet d'une vigilance particulière comme l'addiction à l'alimentation (qui fait encore débat<sup>4</sup>) ou le syndrome d'alimentation nocturne<sup>5</sup>. L'évaluation cherchera également à identifier les troubles psychiatriques qui peuvent être parfois à l'origine et souvent un frein à la prise en charge de l'obésité tel que les troubles thymiques, les troubles anxieux, les états de stress post-traumatiques, les troubles déficitaires de l'attention... La prévalence de ces troubles est estimée à 30 - 70 %<sup>6</sup> en population obèse. Lorsqu'ils sont présents, ou enfin identifiés, ces troubles doivent impérativement être pris en charge (de nombreuses recommandations existent à ce sujet).

Au-delà des troubles formellement identifiés par le DSM-5, il convient également de repérer et accompagner les dimensions psychiques en lien avec l'obésité. Les axes sont alors nombreux. Leurs prises en charge devraient être mises en place avec cohérence<sup>7</sup> dans une forme de « Plan Personnalisé de Soins ». La thérapie cognitive et comportementale a été bien étudiée et validée dans l'obésité, mais de nombreuses autres options sont possibles. Au cours de cette présentation, nous en discuterons certaines. Par exemple, en présence d'éléments psycho-traumatiques passés, ou de craving important, une prise en charge en EMDR (Eye Movement Desensitization & Reprocessing) peut s'avérer être une aide précieuse. L'hypnose et la pleine conscience peuvent aussi être proposées pour la gestion des émotions et du stress, ou des atteintes de l'image corporelle<sup>8</sup>. Les approches centrées sur l'estime de soi, l'affirmation de soi et la confiance en soi sont des pierres angulaires, notamment dans la prévention de la rechute. Les thérapies interpersonnelles ou les thérapies d'acceptation et d'engagement sont aussi des pistes prometteuses. A noter que la prise en charge des proches devrait être considérée comme un axe

d'intervention fort chez l'adulte, et indispensable chez l'enfant. Dans ce domaine, de nouveaux programmes émergent tels que le FTB et se basent sur une approche intégrative de l'obésité<sup>9</sup>.

S'il n'est pas rare d'entendre de nos patients souffrant d'obésité qu'ils ont « tout essayé », la réalité nous montre qu'ils ont bien peu souvent recours à la prise en charge psychologique et encore moins à une prise en charge coordonnée et multidimensionnelle. Si l'on peut penser que la psychothérapie seule ne fait pas perdre de poids, nous pouvons par contre affirmer qu'elle contribue très sûrement aux succès de la prise en charge de l'obésité, si bien sûr elle est adaptée à chaque patient.

### **Bibliographie :**

1. Hemmingson, E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obes Rev* **15**, 769–779 (2014).
2. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, Obesity Expert Panel, 2013. Executive summary: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society published by the Obesity Society and American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Based on a systematic review from the The Obesity Expert Panel, 2013. *Obesity (Silver Spring)* **22 Suppl 2**, S5-39 (2014).
3. Kessler, R. C. et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* **73**, 904–914 (2013).
4. Fletcher, P. C. & Kenny, P. J. Food addiction: a valid concept? *Neuropsychopharmacology* (2018). doi:10/gd6dzv
5. McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M. & Allison, K. C. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* **1411**, 96–105 (2018).
6. Avila, C. et al. An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Curr Obes Rep* **4**, 303–310 (2015).
7. Karasu, S. R. Psychotherapy-Lite: Obesity and the Role of the Mental Health Practitioner. *American Journal of Psychotherapy* **67**, 3–22 (2013).
8. Carrière, K., Khoury, B., Günak, M. M. & Knäuper, B. Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* **19**, 164–177 (2018).
9. Hayes, J. F. et al. Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Youth with Overweight and Obesity: Implications for Treatment. *Curr Obes Rep* **7**, 235–246 (2018).

# Événements traumatiques et conduites alimentaires à risque auprès de patients obèses : Impact post-opératoire et rôle de la régulation des émotions

**Alexis RUFFAULT<sup>1</sup>**, *PhD. Laboratoire Sport, Expertise, Performance (EA 7370) - Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance (INSEP), Paris, France*

Le vécu d'événements traumatiques est associé à l'obésité adulte, et cette association s'expliquerait par l'apparition de troubles alimentaires. D'autre part, il semblerait que l'exposition à une expérience traumatique soit associée à des déficits dans la régulation des émotions, eux-mêmes associés à une prévalence plus élevée de troubles alimentaires. Aussi, les capacités de pleine conscience (i.e., prendre conscience de ses pensées, émotions et sensations dans le présent et sans jugement) ont montré un intérêt croissant dans la littérature afin de proposer aux patients obèses de mieux réguler leurs émotions et ainsi leurs comportements alimentaires.

Cette présentation s'intéressera principalement au rôle de l'exposition à un événement traumatique dans la régulation des conduites alimentaires de patients obèses. La présentation se basera sur les résultats de deux études : l'une ayant pour objectif de vérifier les associations entre l'exposition à un événement traumatique et la perte de poids postopératoire ainsi que l'évolution des conduites alimentaires en pré et postopératoire ; et l'autre ayant pour but d'explorer le rôle des stratégies de régulation des émotions et des capacités de pleine conscience dans la relation entre les effets psychopathologiques de l'exposition à un événement traumatique et les conduites alimentaires.

8

Les résultats montrent que les patients opérés d'une chirurgie bariatrique ont plus de risques de perdre moins de poids en postopératoire et d'avoir des troubles alimentaires en pré et postopératoire lorsqu'ils ont été exposés à un événement traumatique. De plus, auprès de patients non opérés, l'impact psychologique d'un événement traumatique, ainsi que des stratégies non-adaptatives de régulation des émotions, sont associés à de la détresse psychologique, de l'impulsivité alimentaire et des accès hyperphagiques.

Cette thèse<sup>1</sup> apporte ainsi des éléments de réponse quant à l'intérêt de proposer des techniques psychothérapeutiques favorisant la régulation des émotions des patients obèses. Il semblerait qu'intervenir en préopératoire soit favorable afin d'éviter la persistance et l'apparition de troubles alimentaires. Aussi, les interventions psychothérapeutiques seraient plus efficaces si elles ciblaient les patients ayant vécu des événements traumatiques et/ou souffrant d'accès hyperphagiques.

*Mots-clés : pleine conscience, obésité, expérience traumatique, accès hyperphagique, activité physique, régulation des émotions*

---

<sup>1</sup> Alexis Ruffault. Le rôle de la pleine conscience dans l'accompagnement de patients obèses : Quand, pourquoi et comment intervenir ? Psychologie. Université Paris Descartes (Paris 5), 2017

## Qui était Jean Trémolières ?

Né le 5 décembre 1913 d'une famille originaire du Doubs, il fait ses études au lycée Janson de Sully puis à la faculté de médecine de Paris. Docteur en médecine et docteur ès Sciences, il est successivement Interne des Hôpitaux de Paris en 1936 et médecin-assistant des Hôpitaux de Paris en 1946. A la libération, il travaille au sein des groupes chargés de la renutrition des déportés. En 1958, il crée et dirige le premier groupe de recherche en nutrition à l'Institut national d'hygiène (l'INH). En 1964, il ouvre la première unité Inserm ("Nutrition et diététique humaine" : Unité 1) qu'il dirige jusqu'en 1976. Il est également responsable à l'hôpital Bichat d'une unité hospitalière permettant la mise au point de méthodes diagnostiques et thérapeutiques et titulaire d'une chaire de Biologie (en vue des applications à l'agriculture et à l'industrie) au CNAM dès 1964 où il enseigne jusqu'à la fin de sa vie. Fondateur de la Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française (actuelle SFN), il meurt le 30 juillet en 1976.

## Quelques citations

*"L'homme obéit en mangeant à un ensemble complexe de facteurs internes et externes qui interdisent d'assimiler son fonctionnement à celui d'un moteur thermique [...] Quelle devrait être l'étendue de la science qui voudrait étudier le comportement alimentaire de l'homme ? [...] [Les] disciplines qu'il faudrait posséder synthétiquement vont de la paléozoologie à l'anthropologie culturelle et englobent en particulier la psychosociologie, l'étude des réflexes conditionnés, la nutrition physiologique." (J. Trémolières, 1953)*

*"Mon métier est de soigner des femmes qui souffrent de ne pas se sentir belles, des hommes anxieux de perdre leur place au soleil des affaires, les catastrophes d'une chirurgie digestive où la nature continue de défier notre science." (J. Trémolières, 1958)*

*"En se consacrant aux maladies du savoir-vivre, du savoir-manger, on finit par se rendre à cette évidence: obésités, maladies dégénératives du cœur et des vaisseaux, maladies alcooliques, anorexie, dépressions, troubles fonctionnels digestifs ou vasculaires [...] sont des maladies de l'anxiété, des blessures de l'unité ou de l'équilibre de l'être lui-même. [...] Les approches spécialisées organe par organe, les drogues touchant électivement tel mécanisme spécifique n'y peuvent rien. C'est le comportement dans son ensemble, corps et âme, qui est en cause." (J. Trémolières, 1975)*

*"Pour goûter, il faut désirer. Or, que désirer quand les besoins sont scientifiquement établis, hygiéniquement enseignés, économiquement distribués à tous, psychanalytiquement expliqués ?" (J. Trémolières, 1975)*

*"En pratique, le poids idéal est celui pour lequel on se sent bien dans sa peau. [...] Les patients confondent l'idéal, le souhaitable avec le standard c'est-à-dire ce qui est fait par la majorité" (J. Trémolières)*



## AGENDA

**Appel à candidatures pour les Prix de projets de Recherche**

Date limite : 30 septembre 2018

**Appel à candidatures pour le Prix Jean Trémolières 2019**

Date limite : 30 novembre 2018

**Journée Annuelle Benjamin Delessert**

Vendredi 1<sup>er</sup> février 2019

Maison de la Chimie, Paris 7e