



La place de la pleine conscience dans la pratique diététique : illustration à travers l'accompagnement nutritionnel de l'obésité

L'obésité est reconnue comme maladie chronique par l'OMS depuis 2007 et touche les différents domaines bio-psycho-sociaux chez l'individu []. De nombreuses études ont prouvé l'efficacité de la méditation de pleine conscience dans l'amélioration de nombreux paramètres bio-psycho-sociaux chez l'individu []. Cet article propose de montrer comment la complexité de la maladie « obésité » implique, chez le diététicien, une prise en compte plus fine des besoins du patient ; et enfin comment la Plein Conscience peut être une technique au service de cette nécessité.

Duncan Benveniste

Diététicien nutritionniste

duncan.benveniste@orange.fr

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Introduction

En France, en 2012, 50 % de la population souffre au moins de surpoids et 15% d'obésité ³, ce qui constitue une véritable problématique de Santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit que l'Europe va faire face à une véritable épidémie d'obésité d'ici à 2030, communication du congrès sur l'obésité à Pragues en 2015 ⁴. Les comorbidités et facteurs de risque associés à cette maladie sont nombreux, tels que le diabète de type II, les maladies cérébro et cardio-

Mots clés

- Diététique
- Education thérapeutique
- Obésité
- Pleine Conscience
- Troubles alimentaires

ABRÉ viations...
 MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention) : C'est un programme de prévention de la rechute des addictions basé sur la méditation de pleine conscience et les TCC classiques. Le MBRP associé aux TCC est un apprentissage au plaisir conscient et contrôlé.
 MBCT : Mindfulness Based Cognitive Therapy
 PC : Pleine conscience
 TCC : thérapies comportementales et cognitives

vasculaires, le syndrome métabolique, certains types de cancers, la pancréatite aiguë, la stéatopathie non-alcoolique, les complications respiratoires¹.

Une maladie complexe et multifactorielle

Actuellement, l'obésité est abordée comme une maladie multifactorielle. La prise de poids peut être due à certaines maladies, des lésions cérébrales, des facteurs hormonaux, la prise de certains médicaments mais aussi suite à des apports alimentaires excessifs pendant une période prolongée, dans certains cas liés à des facteurs psychologiques évidents². Les souffrances physiques ressenties au quotidien, le regard des autres et le regard sur soi, la « grossophobie » sont des facteurs considérables à la diminution de la qualité de vie de l'individu³.

Il est à noter également de nombreuses problématiques psychologiques associées et, ou favorisant l'obésité telles que les problématiques d'image corporelle, d'estime de soi, de psycho-traumatisme, d'évitement émotionnel, de dépression et troubles de l'humeur⁴, et de diminution des capacités interoceptives notamment perceptions de faim et satiété⁵. Diminuer le développement de ces troubles pourrait donc permettre d'améliorer la santé¹⁰.

Les régimes restrictifs : prédicteurs majeurs des troubles alimentaires

Les représentations et croyances sur l'obésité en tant que problème réduit à la question du poids, à régler par la solution du régime restrictif, sont courantes dans les familles et chez de nombreux professionnels de santé. Solution très attractive pour un sujet car celui-ci « porte » une souffrance quotidienne touchant toutes les sphères : physique, familiale, affective, sociale, professionnelle. Les régimes restrictifs s'inscrivent dans un focus attentionnel sur le contrôle du poids.

Ils amènent une réduction calorique avec le fait de se priver alors que l'on a faim pour « maigrir ». Il y a déconnexion de signaux internes corporels de faim et satiété. En cas de violation d'abstinence, des phénomènes de culpabilité, de sentiment d'échecs et de honte et d'effondrement de l'estime de soi apparaissent. Ils conduisent très souvent à une perte de contrôle où le sujet « laisse tomber » et mange en plus grande quantité¹¹. Durant cette période, au niveau physiologique, le métabolisme de base de l'individu diminue afin que le corps puisse faire des économies énergétiques car celui-ci n'est pas assez nourri¹². La perte de contrôle alimentaire du sujet conduit alors, à un stockage plus important des graisses dans les adipocytes et donc à une prise de poids plus importante. Et l'individu retournant dans une souffrance globale majorée, est encore plus à risque de retomber dans un nouveau régime afin d'atteindre une situation plus acceptable. Au niveau du poids, c'est ce qui est appelé l'effet yo-yo des régimes répétés¹³. Cet ensemble démontre que les régimes restrictifs répétés favoriseraient la prise de poids¹⁴. De plus chez les patients souffrant d'obésité chronique ; on retrouve le phénomène d'hyperplasie adipocytaire favorisant l'irréversibilité de celle-ci¹⁵.

« Les régimes restrictifs répétés favoriseraient la prise de poids. »

Les effets de la Pleine Conscience sur la symptomatologie

La Pleine Conscience est un ensemble de techniques méditatives d'origine bouddhiste, qui ont été codifiées et laïcisées, pour pouvoir être intégrées dans le monde de la santé et, plus largement, dans la société occidentale¹⁶. La Pleine

Conscience est un entraînement de l'esprit à diriger son attention de façon répétée dans l'expérience éprouvée de l'instant présent ; afin de développer un esprit plus stable permettant de réduire le stress et l'impact de la souffrance (Ibid).

Une étude par IRMF, chez 24 personnes en bonne santé comparativement à 22 témoins, s'intéressant aux corrélats neurobiologiques d'un court enseignement de la pleine conscience, a permis de mettre en évidence que la pratique quotidienne de la pleine conscience semble modifier le processus neuronal dans les trois réseaux d'attention et l'insula, ce qui se traduit par une amélioration de l'attention générale et interoceptive respectivement, permettant donc de sentir de façon plus fine ses sensations internes corporelles¹⁷. L'examen d'études empiriques des effets de la pleine conscience sur la santé psychologique (Keng and al, 2011) montre que cette pratique permet de diminuer la restriction cognitive et les ruminations¹⁸. En laboratoire, tel que révisé par Keng et al. (2011), des instructions de pratiquer la pleine conscience des pensées et des émotions (c'est-à-dire l'observation intentionnelle des pensées et des émotions, sans porter de jugement) à la suite de l'induction d'une humeur négative sont plus efficaces que les ruminations ou l'absence d'instructions pour modérer l'humeur négative¹⁹. Cela permet une plus grande capacité à faire face aux affects négatifs²⁰. On observe une régulation des émotions par une régulation à la hausse des affects positifs et une régulation à la baisse des affects négatifs²¹. Plusieurs études expérimentales portant sur le programme de prévention des rechutes addictives basé sur la pleine conscience (MBRP : Mindfulness-Based Relapse Prevention) montrent une diminution de l'impulsivité²². Une étude portant sur le fonctionnement psychologique d'un échantillon de pratiquants à long terme de la méditation de pleine conscience montre



que la pratique à long terme permet de diminuer les symptômes anxieux et dépressifs²³.

Des liens avec l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

De plus en plus de diététiciens se forment à l'ETP, permettant de développer la posture de diététicien-éducateur. Cette formation permet entre-autre d'accroître des compétences relationnelles et une prise en compte plus complexe de l'individu au sein du processus thérapeutique²⁴.

L'ETP et la PC partagent notamment des valeurs, des effets et des finalités similaires. Les objectifs recherchés pour les patients participant à un programme d'ETP sont l'expertise de soi et de sa maladie pour se diriger vers une plus grande autonomie, et l'amélioration de sa qualité de vie²⁵. Or plusieurs études sur le MBRP montrent que la pratique quotidienne de la pleine conscience permet une meilleure gestion de soi, c'est-à-dire, permet de maintenir des habitudes de vie saines²⁶.

Les patients asthmatiques détectent les états émotionnels qui déclenchent les attaques, les patients diabétiques sont plus assidus dans la prise d'insuline et les patients obèses peuvent éviter de céder à l'impulsion alimentaire²⁷. De plus le programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) permet d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle²⁸ favorisant une plus grande motivation à stabiliser ces habitudes de vies saines²⁹. En ce qui concerne la qualité de vie, le trait pleine conscience, soit la tendance à demeurer dans la pleine conscience quotidiennement, est associée à une plus grande satisfaction de vie, agréabilité et caractère consciencieux, vitalité, empathie, autonomie, sentiment de compétence, optimisme et affect plaisant³⁰.

Ainsi les compétences d'auto-soins et d'adaptations des patients recherchées au sein des programmes d'ETP sur l'obésité³¹ sont en cohérence avec les effets observés de la pleine conscience. Et la posture du diététicien-éducateur pourrait donc être un soutien pour pratiquer et transmettre la PC.

Transmettre la Pleine Conscience : d'abord un chemin personnel

Trois mécanismes principaux sont à souligner mettant en exergue l'importance d'incarner la posture de pratiquant de PC chez le soignant souhaitant transmettre la PC.

Premièrement, au sein de la relation thérapeutique proposée dans l'enseignement de la PC, il est important que le soignant prenne une distance par rapport à ses propres représentations afin de ne pas confondre « sa réalité » et celle du patient. Pour cela il est nécessaire de les élucider dans un premier temps. La pratique de la PC va permettre au soignant cette prise de recul (Teasdale et al, 2002)³², permettant de laisser la place et d'accueillir les représentations du soigné

afin qu'elles soient entendues. Cette prise en compte de la subjectivité du patient peut l'amener à prendre conscience de ses représentations et instaurer un débat critique avec lui-même sur ses propres représentations et ainsi favoriser l'apprentissage : « On n'apprend qu'en prenant appui sur ses conceptions, conceptions qu'il importe, dans le même temps, de modifier » (Giordan, 1998, p.30)³³.

Deuxièmement, plusieurs études ont montré que la méditation de pleine conscience est associée à de nombreux bienfaits chez les thérapeutes³⁴. Nous pouvons relever notamment une augmentation de l'empathie auto-rapportée pour les patients, de la compassion pour soi, de l'attention portée au processus thérapeutique, de la capacité à tolérer le silence, de la capacité d'être à l'écoute de soi et du patient, du bien-être global, de l'insight sur le plan de l'identité professionnelle, de la qualité de vie, de la patience, de la conscience des signaux corporels et elle diminue les symptômes anxieux et dépressifs, les ruminations et les affects négatifs. Ainsi la pratique de la PC chez les soignants pourrait être une aide au développement d'une écoute plus fine du patient et permettrait donc de prendre en compte sa subjectivité de par notamment l'empathie augmentée. Cet ensemble va favoriser un lien de confiance entre le soignant et le patient favorisant donc l'alliance thérapeutique, qui elle-même favorise le changement comportemental chez le patient³⁵.

Troisièmement, le principe de modélage, soit : « L'expression de ses qualités de respect, de douceur, de gentillesse, et de compassion à l'égard des participants permet aux participants de développer ces mêmes qualités envers eux-mêmes » (Mirabel-Sarron, 2018, p.32)³⁶, implique à celui qui transmet la PC d'incarner une posture de pratiquant afin de faire développer ces qualités chez le patient.

« L'expression de ses qualités de respect, de douceur, de gentillesse, et de compassion à l'égard des participants permet aux participants de développer ces mêmes qualités envers eux-mêmes. »

La pratique du diététicien-éducateur formé à la PC

Comme vu plus haut, l'obésité est un véritable enjeu de santé publique et est une maladie complexe qui situe le diététicien au cœur du symptôme. Cette complexité implique elle-même une prise en charge plus complexe et une pratique de la diététique plus contextualisée aux besoins de la personne.

Au regard de la symptomatologie évoquée plus haut, le diététicien peut ouvrir sa pratique à différents axes de prise en charge tel que les outils de la PC.

« L'obésité est un véritable enjeu de santé publique et est une maladie complexe qui situe le diététicien au cœur du symptôme. »

Travailler la faim et la satiété

Il existe de nombreux exercices permettant une rééducation autour des perceptions de la faim et de l'état de satiété. Prenons l'exemple d'une pratique de pleine conscience de dégustation d'un aliment, très connue de la PC alimentaire, intitulée « Les 9 faims » de Jan Chosen Bays : faim des yeux, du toucher, des oreilles, du nez, de la bouche, de l'estomac, de l'esprit, des cellules et du cœur³⁷. Celle-ci permet de mettre en évidence, d'un point de

vu essentiellement expérientiel, que la faim, peut-être stimulée par différentes interactions sensorielles, cognitives et émotionnelles avec l'aliment. Fréquemment nous observons chez le patient, une prise de conscience que la séquence phénoménologique (pensées, sensations, émotions, sentiments, ressentis) qui conduit à la prise alimentaire ainsi qu'au moment de celle-ci est plus complexe que la croyance initiale. Ceci aura pour effet de nuancer la croyance initiale et une meilleure connaissance de soi autour de la prise alimentaire. L'entraînement à cette pratique peut également permettre au patient d'avoir une meilleure perception de ses besoins pré prandial et durant la prise alimentaire, l'amenant à davantage percevoir l'état de satiété en fin de repas.

Notons qu'une piste de réflexion est à envisager concernant cet exercice. Jan Chosen Bays propose une faim du toucher confondue entre les doigts/mains et les lèvres, or d'un point de vue clinique, les retours des patients montrent, que ces deux touchers sont significativement différents. En effet le toucher au niveau



des lèvres peut être plus régulièrement associé à la sensualité. Ceci serait d'autant plus à prendre en compte lorsque nous accompagnons une population qui souffre d'un rapport corps compliqué et fragilisé. Par ailleurs, nous pouvons également nous interroger sur l'inclusion d'une nouvelle « faim » que nous pourrions appeler « faim du corps ». Pour l'illustrer, imaginons que cette faim soit très élevée, ses signes seraient associés à de légers signes hypoglycémiques : sueurs froides, fatigue, faiblesse, nervosité ; et imaginons que cette faim soit très basse alors les signes associés seraient un état de satiété, un sentiment de satisfaction, un corps plus apaisé et posé.

Travailler les cognitions autour de l'alimentation

De nombreuses personnes en souffrance avec leur corps et dans leur alimentation témoignent de croyances et de schémas de pensées rigides qui peuvent induire des réponses comportementales incohérente au regard de l'intention initiale qui pourrait être « d'aller mieux », « me sentir mieux dans mon corps » (régime restrictif, compulsions, isolement social autour de l'alimentation...).

La PC est un entraînement permettant notamment l'observation phénoménologique des pensées, entraînant une désidentification et une distanciation à celles-ci. Une métaphore souvent utilisée lors de ces pratiques est d'inviter la personne d'observer les pensées telles des « nuages qui passent dans le ciel ».

Ceci va donc permettre à la personne de prendre du recul sur certaines de ces croyances autour de l'alimentation et/ou de son rapport au corps, et diminuera le risque de développer des réponses comportementales malsaines.

De plus la pratique de la PC favorise la clarification des valeurs (Keng et al. 2011), ce qui permettrait à la personne d'ajuster ses intentions à ce qui compte le plus pour elle.

Travailler les émotions autour de l'alimentation

Les émotions autour de l'alimentation sont un sujet qui est de plus en plus abordé en diététique. Celles-ci ont un impact important dans la cascade phénoménologique conduisant à une prise alimentaire (ou à une non-prise alimentaire). D'ailleurs, nous pouvons noter que la rigidité cognitive évoquée ci-dessus induisant des réponses comportementales malsaines autour de l'alimentation, est bien souvent en lien avec une anxiété importante sur le rapport au corps et aux autres : « J'ai peur de prendre du poids », « Je fais mon corps », « Mon corps me dégoûte », « J'ai peur qu'on ne m'aime plus si je prends du poids ».

La pratique de la PC nous entraîne à repérer et identifier les émotions qui nous traversent lors de diverses situations quotidiennes (courses alimentaires, préparation des repas, durant les prises alimentaires en famille ou seul, avant une compulsions, etc.). Ce repérage sensoriel de l'émotion favorise ce que l'on appelle l'exposition intéroceptive, ce qui permettrait de se désensibiliser aux pensées, aux émotions et aux sensations physiques associées à la détresse³¹. Ainsi la cascade phénoménologique conduisant parfois à un besoin irrépressible de réduire l'émotion (pour ne pas « la vivre ») par une réponse alimentaire, peut-être un peu moins dans la réaction automatique et plus de l'ordre de l'action. La PC nous aide à sortir du « pilote automatique » afin de redevenir plus libre d'agir au lieu de subir.

Expériences et évaluations cliniques

Mes expériences professionnelles m'ont conduit à créer deux cycles de Pleine Conscience alimentaire : un très orienté vers les sensations alimentaires et l'autre plus intégratif avec notamment une articulation entre les pensées-émotions-sensations autour de l'alimentation. C'est le second que nous allons évoquer dans la suite de ce paragraphe.

Ce cycle est composé de 8 séances en groupe fermé de 2h, 1 fois par semaine, de 3 à 8 participants assis en cercle. Le public concerné est des patients présentant des conduites alimentaires troublées et souffrant d'obésité. Le contenu global de chaque séance peut se résumer à des expérimentations de différents outils d'alimentation en PC avec des temps d'échange et de partage d'expériences entre les participants. Entre chaque séance, il y a des pratiques quotidiennes à faire, pour favoriser l'appropriation des outils proposés. Les objectifs globaux sont : diminuer la symptomatologie alimentaire associée au trouble et augmenter le sentiment d'autonomie et la qualité de vie autour de l'alimentation.

Les principaux effets relevés et évalués

Meilleure appropriation des conseils nutritionnels

Les conseils nutritionnels sont proposés et mis en lumière lors des échanges d'expériences entre les participants. Le fait d'effectuer des pratiques répétées en groupe et dans sa vie quotidienne, le patient expérimente et intègre mieux la nécessité de ces conseils. Cette mise en lien entre son vécu (subjectif) et les conseils (objectifs), va favoriser son appropriation.

En post-cycle, nous avons pu évaluer des prises alimentaires plus cohérentes au regard des besoins physiologiques, et donc une diminution significative des pulsions alimentaires liées au déficit calorique dû à la restriction cognitive.

Verbalisation mettant en lumière cette appropriation des conseils :

- « Le fait de mettre en pratique m'a permis de mieux comprendre pourquoi vous me conseillez cela »

- « De répéter le même geste dans différents moments de ma vie m'a aidé à mieux l'intégrer ».

Meilleure stabilisation de l'attention

Tous les patients disent avoir, plus ou moins, une meilleure stabilité de l'attention au moment des prises alimentaires : « Je sais mieux quelle quantité et quelle qualité d'aliment je mange ». Il y a donc une autonomie sur la qualité nutritionnelle des repas qui est augmentée.

Cette meilleure stabilité de l'attention aide à être plus en lien avec ses réels besoins et les qualités organoleptiques d'un aliment. Cela aide à aller vers un aliment que l'on souhaite vraiment. De plus, en étant plus attentif, les prises alimentaires deviennent plus lentes. Nous pouvons noter une meilleure gestion de la quantité des ingesta.

Il est intéressant de souligner, qu'une étude par observation IRMF sur quatorze praticiens de PC ont montré que les personnes qui s'entraînent dans ce style de méditation cultivent leurs capacités à surveiller les processus cognitifs liés à l'attention et à la distraction, ce qui les rend aptes à rendre compte de ces événements mentaux et ce qui favorise la stabilisation attentionnelle (Hasenkamp et al, 2012)³².

Verbalisation post dégustation du raisin sec en PC mettant en lumière la « sortie du pilote automatique » et la stabilisation attentionnelle :

- Patiente : « C'est la 1ère fois que je mange un raisin sec de cette façon, d'habitude j'en mange par poignée sans faire attention, là j'ai vraiment senti comme une explosion sensorielle, et avec un seul raisin ! »

- Thérapeute : « C'est la première fois que vous mangez un raisin de cette manière ? »
- Patiente : « Oui »
- Thérapeute : « Cela fait combien de temps que vous mangez des raisins secs ? »
- Patiente : Rire : « Peut-être 40 ans »
- Thérapeute : « Qu'est-ce que vous en pensez ? »
- Patiente : « Je pense que ça me ferait du bien de pouvoir de manger un peu plus de cette façon. »
- Thérapeute : « Bravo d'avoir pu observer ce qui vous ferait du bien ».

« Je ne me souviens pas la dernière fois que je me suis arrêté à ce point pour faire quelque chose ».

Reconnexion au corps

Pour les patients présentant des troubles alimentaires, il est très fréquent de retrouver de nombreux troubles des repères corporels.

Au cours de ce cycle, de la première à la dernière séance et entre chaque séance, il y a une pratique particulièrement intensive d'attention au corps. Cette aide à la réappropriation de son corps va favoriser une reconnexion aux sensations alimentaires (les 5 sens, faim, rassasiement, satiété). Nous retrouvons une augmentation de l'autonomie en lien avec ses propres besoins alimentaires, tant sur le plan de la quantité que de la qualité.

Par exemple, à la séance 7 (6 semaines se sont écoulées), nous faisons un repas en silence. En moyenne, la moitié des participants verbalise « se reconnecter à des sensations de rassasiement post prandial », alors qu'il « ne se souvenait pas la dernière fois que ça leur est arrivé ».

Cet exemple est significatif car la quasi-totalité des participants souffre d'un rapport au corps très fragilisé. Un des effets associés à la capacité de re-percevoir l'état de satiété, est l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle centré sur le corps, redonnant confiance aux capacités de ce dernier.

Verbalisation post-repas en silence
« Au début je trouvais très bizarre l'expérience, limite gênante, puis je me suis pris au jeu et finalement le silence m'a aidé à être plus à l'écoute de ce que je ressentais ».

Apaisement en lien avec l'aliment

Comme vu plus haut, chez ce public, il est fréquent de retrouver une restriction cognitive associée à une anxiété sur le rapport au corps.

Nous pouvons noter que les pratiques répétées aident les participants à se sentir plus apaisés avec leur corps et l'aliment. En post-cycle, nous évaluons qu'il y a une diminution significative des pulsions alimentaires liées aux émotions.

Les dégustations en pleine conscience lors et entre les séances nous aide à accueillir l'aliment autrement : il est bien plus qu'un simple aliment.

Conflits avec l'aliment : « Manger ça fait grossir », « manger c'est la mort »... S'apaiser avec l'aliment, c'est aussi s'apaiser avec soi

Meilleure flexibilité alimentaire

Dans la population ciblée, la prise alimentaire et ce qui se passe autour peuvent être particulièrement ritualisés et rigides.

Le patient, en relevant les observations, prend mieux conscience où il se situe, et identifie mieux ce qui se passe autour de sa prise alimentaire. Il va également pouvoir mettre en lumière les comportements à renforcer et ceux qui peuvent être assouplis.



Nous proposons lors des séances un travail de mise en pratique autour de la curiosité, la découverte/redécouverte et la créativité alimentaire afin de s'ouvrir à des expériences nouvelles. La plupart des patients progresse rapidement dans cet axe de façon autonome. Ce travail est une aide à la diversification de l'alimentation tant sur le plan de la qualité que des comportements liés autour de la prise alimentaire. Par ailleurs cette diversité peut aider à avoir plus de régularité au niveau quantité (on se lasse moins donc plus régulier au niveau quantité).

Nous invitons à la curiosité autour des qualités organoleptiques d'un aliment pour aider à se reconnecter à des plaisirs alimentaires par exemple et autour de la cuisine qui va aider à créer sur le plan alimentaire. Nous nous entraînons à des mises en pratiques dans différents contextes pour ouvrir le champ d'action, sortir et expérimenter en dehors du rituel et prendre des « risques » (la pleine

conscience nous aide à expérimenter l'inconnu), puis réitérer (toujours dans différents contextes) pour tendre vers cette rééducation sur le plan alimentaire. Plus nous expérimentons dans différents contextes, plus on est « armé » pour faire face à l'imprévu : on vient travailler indirectement l'imprévu alimentaire qui peut être source d'angoisses.

Enrichissement de l'acte de manger

Nous sommes dans une société où le « creux », les actions vides de sens, le remplissage de vide sont de plus en plus présents comme peut évoquer le Docteur C. André dans son livre « Méditer jour après jour »⁴³. Retrouver du sens, de la richesse, de la complexité dans l'acte de manger est un des objectifs de cet atelier et également dans toute ma pratique professionnelle.

Le fait de sublimer l'aliment en l'observant et en plongeant au cœur de celui-ci entraîne indirectement que l'on plonge au

cœur de nous-même, puisque ce sont nos interactions sensorielles, émotionnelles, psycho-affectives et cognitives que l'on peut avoir au contact de cet aliment, ainsi nous pouvons ressentir et vivre l'expérience d'ancrage profond de nous-même tel que des ancres sociaux, culturels et familiaux. Être présent à tout cela, enrichi de façon conséquente la prise alimentaire, puisque l'on vient nourrir à la fois notre corps, notre esprit et notre cœur, comme ce que peut évoquer le Dr. Apfeldorfer dans son livre « Manger en paix ».

La pratique de la PC favorise la clarification des valeurs (Keng et al. 2011). Ceci va donc permettre de prendre des décisions au regard de ce qui compte le plus pour la personne et augmenter son pouvoir d'auto-régulation.

Ce cycle va permettre une aide pour trouver/retrouver du sens dans l'acte de manger (vision eudémonique) afin de mieux repérer et intégrer le plaisir hédonique : est-ce qu'un patient qui mange plusieurs kilos de nourriture en peu de temps vit un véritable plaisir ? Est-ce riche de sens de manger de cette façon ?

Conclusion

Cet article n'est qu'une ébauche illustrant différents intérêts particuliers de l'utilisation des outils de la Pleine Conscience dans la pratique du diététicien. Il est intéressant de noter que le corps et son rapport à celui-ci est au cœur de cette approche. Cette technique permet de proposer une diététique plus intégrative en prenant en compte les dimensions phénoménologiques du patient (pensées, sensations, émotions, sentiments, ressentis). Le diététicien peut alors proposer une nutrition contextualisée aux perceptions du patient.

Du côté soignant, la pratique de la PC lui permet de prendre soin de lui-même. Ce qui va favoriser une prise en compte plus fine de lui-même et de l'autre, une relation de soin optimisée et favoriser l'alliance thérapeutique ; conduisant à faciliter un

changement comportemental plus durable chez le patient⁴¹.

Cependant, l'approche par la PC ne sera utile que si le diététicien (et les soignants en général) opère(nt) un changement de paradigme autour de la question du corps. Avant de vouloir faire pratiquer cette technique, il est essentiel pour soi-même de bien clarifier ses intentions : penser le corps et son rapport à celui-ci de façon complexe et non plus le résumé à un poids sur une balance. Notre propre regard porté sur notre pratique, notamment grâce à la supervision et la formation continue, peut nous aider à mettre du sens sur celle-ci et à tendre vers un soin plus éthique.

Bibliographie

- Songuignol F., L'obésité : une maladie chronique multifactorielle, *Kinesither Rev* 2008; (76):13-6.
- Ngô T. Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action, *Santé mentale au Québec* 2013, 38(2), 19-34. doi :10.7202/1023988ar
- Eschwege E et al. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. INSERM, KANTAR HEALTH, ROCHE. 2012
- Les Echos. (page consultée le 12/05/18). Obésité en Europe : l'OMS tire la sonnette d'alarme [en ligne]. <https://www.lesechos.fr/06/05/2015/lesechos.fr/02151869521...obesite-en-europe--l-oms-tire-la-sonnette-d-alarme.htm>
- Pi-Sunyer X., The medical risks of obesity, *Postgrad Med.* 2009 Nov;121(6):21-33. Doi : 10.3810/pgm.2009.11.2074
- Appart A, Tordeurs D, Reynaert C. La prise en charge du patient obèse : aspects psychologiques, *Louvain Médicale*, 2007 ; 126, 5 : 153-159
- Wikipedia. (page consultée le 12/05/18). Grossophobie [en ligne] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Grossophobie>
- Appart A, Tordeurs D, Reynaert C. La prise en charge du patient obèse : aspects psychologiques, *Louvain Médicale*, 2007 ; 126, 5 : 153-159
- Herbert BM, Pollatos O. Attenuated interoceptive sensitivity in overweight and obese individuals. *Eat Behav.* 2014 Aug;15(3):445-8
- Fourrier C. Bases neurobiologiques des troubles de l'humeur et de la cognition associés à l'obésité : rôle de l'inflammation. Thèse

soutenue le 16 déc 2016 à l'université de Bordeaux

- Appart A, Tordeurs D, Reynaert C. La prise en charge du patient obèse : aspects psychologiques, *Louvain Médicale*, 2007 ; 126, 5 : 153-159
- De Bandt J-P. Comprendre la physiopathologie de la dénutrition pour mieux la traiter. *Ann Pharm Fr* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pharma.2015.03.002>
- HAS, Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique, Septembre 2011
- Pietiläinen KH et al., Does dieting make you fat? A twin study, *International Journal of Obesity* (2012) 36, 456-464
- Leyvraz C. et al., Répartition du tissu adipeux : implications cliniques, *Rev Med Suisse* 2008 ; 4 : 844-7
- André C. La méditation de pleine conscience. *Cerveau&Psycho* - n°41. 2010
- Lutz J. et al., Mindfulness and emotion regulation—an fMRI study, *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2014 Jun; 9(6): 776-785
- Keng et al., Effects of Mindfulness on Psychological Health: A Review of Empirical Studies, *Clin Psychol Rev.* 2011 Aug; 31(6): 1041-1056
- Ngô T., Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action, *Santé mentale au Québec* 2013, 38(2), 19-34. doi :10.7202/1023988ar
- Ibid
- Ibid
- N. Chawla and al. The Mindfulness-Based Relapse Prevention Adherence and Competence Scale: Development, Interrater Reliability and Validity. *Psychother Res.* 2010 Jul; 20(4): 388-397
- Lykins et Baer, Psychological Functioning in a Sample of Long-Term Practitioners of Mindfulness Meditation, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Volume 23, Number 3, 2009
- INPES. Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. 2013
- HAS, Éducation thérapeutique du patient Comment la proposer et la réaliser ? Juin 2007
- Bowen, Chawla et Marlatt, The Mindfulness-Based Relapse Prevention Adherence and Competence Scale: Development, Interrater Reliability and Validity, *Psychother Res.* 2010 Jul; 20(4): 388-397

27. Ibid.

- H. Saneia, S. Ali Hossini, Z. Jamshidifar. Effectiveness of Mindfulness Training on Self-Efficacy of Patients Infected by Breast Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* Volume 159, 23 December 2014, Pages 426-429
- Bourgeois E. Chapelle G. Apprendre et faire apprendre. Paris : PUF ; 2011
- Keng et al., Effects of Mindfulness on Psychological Health: A Review of Empirical Studies, *Clin Psychol Rev.* 2011 Aug; 31(6): 1041-1056
- O. Ziegler and al. Rapport à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'Offre de soins 4 octobre 2014. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité* (2014) 9:302-328
- Teasdale JD et al. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol.* 2002 ;70(2):275-87
- Giordan A. Importance de l'apprenant. In : Apprendre I. Beaume les Dames ; Débats BELIN; 1998. p. 23-30
- Davis M D, Hayes J A, What Are the Benefits of Mindfulness? A Practice Review of Psychotherapy-Related Research. *Psychotherapy*. 2011, Vol. 48, No. 2, 198-208
- Rodgers R-F. L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale* 2010. Volume 36, n° 8 pages 433-438
- Mirabel-Sarron C. et al. Pratiquer la thérapie de pleine conscience (MBCT) pas à pas. Malakoff : Dunod. 2018
- Boysj-C. Réapprendre à manger. L'alimentation en pleine conscience. Les Arènes Eds : 2016
- Carmony J. et al. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol.* 2009 Jun;65(6):613-26
- Hasenkamp W. et al. Mind wandering and attention during focused meditation: a fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *NeuroImage.* Volume 59, Issue 1, 2012, Pages 750-760
- André C. Méditer jour après jour. L'iconoclaste. Paris : 2011
- Lalau J-D, Lacroix A, Deccache A, Wawrzyniak M. Créer une alliance thérapeutique. Lyon : Chronique Sociale ; 2012. (Comprendre les personnes)