

L'approche pluridisciplinaire de l'enfant obèse à l'Internat Diététique de "Clairs Vallons"

Multidisciplinary approach of the obese child to the Dietary Residency of "Clairs Vallons"

M. Vande Weyer¹, S. Bolterys² et E. Guzman³

Services de ¹Pédiatrie, ²Diététique, ³Psychologie-Psychothérapie, Centre Médical Pédiatrique "Clairs Vallons", Ottignies

RESUME

L'obésité pédiatrique est devenue un réel problème de santé publique.

On estime qu'environ 16 % de la population pédiatrique belge et jusque 33 % des Américains sont concernés par cette problématique.

70 % des adolescents resteront obèses à l'âge adulte si aucun traitement n'est proposé pendant l'enfance. La malnutrition n'est cependant pas le seul facteur à l'origine de l'obésité. La sédentarité (manque d'exercice, TV, Internet, jeux vidéos), l'organisation familiale, les "stress affectifs" divers sont en cause. C'est sans compter le paradoxe de notre société de consommation qui, tout en prônant le culte du corps mince, jeune et dynamique, etc., nous pousse à consommer toujours plus, favorisant dans certains milieux socio-culturels le plaisir immédiat au détriment d'une connaissance de soi. Ce qui place l'enfant obèse dans un paradoxe existentiel. Pour peu qu'il y ait une prédisposition familiale à l'embonpoint, les kilos en trop guettent l'enfant insécurisé et de nouvelles souffrances se profilent à l'horizon : troubles relationnels, isolement, rejet social, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, diminution de la liberté, dépression, etc. Non seulement victimes de moqueries, d'agressivité et d'exclusion, les enfants mettent ainsi leur santé en danger. On retrouvera chez eux une augmentation de l'incidence des pathologies cardiovasculaires, du diabète, des cancers colorectaux, etc.

A "Clairs Vallons", nous avons posé l'hypothèse que les enfants et les adolescents que nous accueillons pourraient souffrir d'une carence de présence et d'écoute à la maison et qu'ils rechercheraient alors du réconfort dans la nourriture.

Nous considérons que toutes les interventions basées uniquement sur l'interdiction du symptôme ne mènent à rien et suscitent encore plus de souffrance et un déplacement de symptôme.

Le travail thérapeutique à l'Internat Diététique de "Clairs Vallons" consiste donc en une prise en charge globale de l'enfant au sein d'une équipe pluridisciplinaire (comprenant pédiatre, pédopsychiatre, diététicienne, psychologues, kinésithérapeutes, assistant social, logopède, éducateurs et enseignants), tous réunis autour du concept "manger heureux".

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 215-8

ABSTRACT

The pediatric obesity has become a real problem for the public health. One estimates that about 16 % of the Belgian pediatric population and up to 33 % of the Americans are concerned by this problematic. 70 % of the teenagers will remain obese once adult if no treatment is proposed during the childhood. Because of that evolution, some journalists wrote : " that the old continent would be able to catch up with the new world in the next ten years " .

The malnutrition is not however the only factor at the origin of the obesity. The sedentary lifestyle (lack of exercise, TV, Internet, video games) the domestic organization, the " various emotional stress " are to be blamed. It is without taking into consideration the paradox of our consumption society that while extolling the cult of the slim, young and dynamic body, etc., pushes us to consume more, encouraging in some social and cultural surroundings to go for the immediate pleasure to the detriment of the knowledge - understanding - of our own body. Which places the obese child in an existential paradox.

If on top of it there is a domestic predisposition to the plumpness, the kilograms in excess are threatening the unsecured child and new sufferings stand out on the horizon : relational unrests, isolation, social dismissal, reduction of the esteem of selfesteem as well as lack of confidence, less freedom, depression, etc.

Not only are they victims of mockeries, aggressiveness and exclusion, the children put their health in danger. On those children we can notice an increase of the impact of cardiovascular pathologies, diabetes, cancers of the intestines, etc.

In "Clairs Vallons" we put the hypothesis that the children and the teenagers who come here in custody could suffer from a lack of presence as well as people listening to them and that therefore to would search for comfort in eating. We consider that all interventions based solely on the interdiction of the symptom have no result, causes more suffering and a displacement of the symptom.

The therapeutic work to the Dietary Residency of "Clairs Vallons" consists therefore in a global approach of the child within a multidisciplinary team (pediatrician, dietitian, psychologist, physiotherapist, social assistant, orthofonist, educator and teacher) all united around the concept "to eat happy".

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 215-8

Key words : obesity, child, depression, balance, communication, physical, activity

L'obésité pédiatrique est devenue un réel problème de santé publique.

On estime qu'environ 16 %¹ de la population pédiatrique belge et jusque 33 % des Américains sont concernés par cette problématique.

70 % des adolescents resteront obèses à l'âge adulte si aucun traitement n'est proposé pendant l'enfance.

L'Internat Diététique "Clairs Vallons" a vu le jour le 1^{er} septembre 2000.

Sa vocation est le traitement pluridisciplinaire des obésités sévères ou compliquées des enfants âgés de 7 à 18 ans. L'internat dispose de 46 places.

METHODES D'INTERVENTION

Le centre résidentiel thérapeutique "Clairs Vallons" est un centre de moyen séjour. Dans le cadre de plusieurs conventions avec l'INAMI, quatre projets ont été développés : le Relais Médical, l'Unité Mère/Bébé, l'Unité Médico-psycho-sociale et l'Internat Diététique. Les investigations nécessaires à une meilleure compréhension de la pathologie sont effectuées dans les hôpitaux pédiatriques. L'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, le C.H.U. de Tivoli et l'Hôpital Erasme sont particulièrement sollicités.

LA SELECTION DES PATIENTS

Nous sommes confrontés au Centre Médical Pédiatrique "Clairs Vallons" à des enfants présentant une obésité sévère ou compliquée. Pour pouvoir séjourner au Centre, l'INAMI définit différents critères. Les enfants âgés de 7 à 16 ans doivent avoir un BMI > 97^{ème} P. Les enfants de 17 à 18 ans doivent avoir un BMI \geq 35.

Les patients nous sont adressés par le médecin traitant ou le pédiatre traitant, les centres PSE, un médecin des services hospitaliers ambulatoires avec lesquels nous collaborons. Les enfants viennent surtout de Bruxelles, du Brabant Wallon, du Hainaut, des provinces de Namur et de Liège.

La sévérité de l'obésité et de ses complications est le premier critère de sélection.

Bien sûr, il faut dépister les enfants chez qui une autre difficulté viendrait contre-indiquer le séjour au Centre Médical Pédiatrique "Clairs Vallons" (comme une dépression majeure, l'absence de demande personnelle du jeune). L'enfant et ses parents seront reçus par l'équipe thérapeutique au cours de deux entretiens de préadmission. Lors de ces entretiens, les jeunes obèses et leurs familles écoutent attentivement la description de l'encadrement pluridisciplinaire qui leur est proposé.

LE TRAITEMENT DE L'OBESITE SEVERE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT DANS LE CENTRE

Ce traitement est nécessairement pluri-disciplinaire ; c'est probablement à ce type de prise en charge qu'il faut attribuer le succès du traitement.

L'approche se veut globale et concertée avec une prise en charge médicale, une intervention diététique, de la rééducation physique, une prise en charge psychologique individuelle et familiale et un soutien éducatif. Les objectifs médicaux sont d'une part le contrôle du poids, la prévention et le traitement des complications liées à l'obésité mais aussi une amélioration de la qualité de vie et ce à travers la compréhension des mécanismes intra-psychiques ayant entraîné les troubles alimentaires.

PRISE EN CHARGE MEDICALE

Le pédiatre prodiguera un entretien détaillé avec le jeune et sa famille. Celui-ci permettra d'évaluer l'environnement familial, la recherche d'antécédents familiaux d'obésité, d'HTA, de diabète.

Il reconstituera l'histoire de l'obésité, les prises en charge antérieures, les réussites et les échecs. Il recherchera les signes fonctionnels tels que dyspnée, douleurs articulaires, apnée du sommeil, etc. Il prodiguera bien sûr un examen clinique détaillé et verra régulièrement l'enfant tout au long du séjour.

PRISE EN CHARGE DIETETIQUE

Un enfant est un être en pleine croissance et ses besoins restent importants, même s'il est obèse : il est donc indispensable d'assurer le maintien de la masse musculaire et de la minéralisation osseuse. La prévention du gain de poids supplémentaire chez un enfant en surpoids est le seul objectif réaliste⁵. En effet, la croissance permettra d'assurer le retour à un rapport poids/taille optimal, et ce en stabilisant le poids. Par contre, si l'obésité est installée, et que la puberté est terminée, une perte de poids, réaliste, sera nécessaire. Mais le traitement diététique n'a pas comme objectif un nombre de kilos définis à perdre ; à terme, il faut que l'enfant et sa famille arrivent à une réelle modification des habitudes alimentaires, afin d'améliorer la qualité de vie à long terme. Il s'agira donc d'une rééducation alimentaire plutôt qu'un régime dans le sens strict du terme.

EN PRATIQUE^{1,4,6}

1) La correction des erreurs qualitatives est le premier objectif :

- un rythme alimentaire structuré : 3 repas associés à 1 ou 2 collations, pour limiter le grignotage ;
- l'eau comme boisson principale ;
- un environnement satisfaisant : une ambiance conviviale, sans télévision permet d'être attentif aux signaux de satiété ;
- une mastication correcte pour donner toutes ses

- chances au processus de rassasiement ;
- la diminution de la quantité de graisses consommées, tant visibles que cachées, et l'amélioration de leur qualité ;
- l'augmentation des glucides : les féculents à chaque repas fourniront l'énergie nécessaire ; les fruits et légumes, riches en fibres et à faible densité énergétique, rassasieront suffisamment ;
- les aliments sources de protéines mieux choisis (laitages demi-écrémés, poisson inclus au menu, etc.) ;
- l'utilisation restreinte de produits édulcorés, dans le but de déshabituer l'enfant du goût hyper-sucré.

2) Les notions de faim et d'envie seront travaillées durant tout le séjour, celle de besoins individuels seront expliquées.

Les enfants participeront à des séances d'éducation nutritionnelle régulières, individuelles et de groupes, aussi bien théoriques que pratiques. Mais la connaissance ne suffit pas à changer totalement les comportements si l'environnement ne suit pas ; c'est pourquoi, tout comme les enfants qu'elles nous confient, les familles, elles aussi, bénéficient d'une éducation nutritionnelle tout au long du séjour.

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Les parents sont souvent surpris d'entendre qu'ils seront sollicités pour des entretiens "psychologiques" tout au long de l'année. Et sans trop comprendre l'intérêt d'un tel investissement, ils affirment, d'emblée, adhérer à notre proposition, craignant qu'un refus puisse remettre en question l'admission du jeune au centre. Derrière cette réponse automatique, on trouvera souvent chez le jeune et chez les adultes qui l'entourent, une demande paradoxale, celle du "non-changement" : "*enlevez ce surpoids ... mais surtout ne touchez à rien d'autre*". Nombreuses sont les familles qui font appel à des causes "endocriniennes" pour expliquer l'origine de l'obésité de leur enfant. Faire le deuil de cette première définition peut s'avérer un processus difficile². Des résistances très importantes, dans le chef de la famille et du jeune, vont apparaître dans le dialogue avec les psychologues.

Durant le séjour, nous sommes confrontés à la difficulté d'appréhender l'obésité, maladie somatique multi-factorielle, dans toute sa complexité.

Dans sa dimension psychologique, elle témoigne doublement de l'existence d'un blocage affectif dans le processus de maturation du jeune et d'un dysfonctionnement dans la communication intra-familiale. Il n'y a pas un profil unique d'enfant obèse ni de famille à risque. Mais nous sommes interpellés par l'aspect récurrent de certains traits du fonctionnement psychologique du jeune et de certains modes relationnels familiaux. En ce qui concerne le fonctionnement intra-familial, nous sommes confrontés à l'incapacité des parents à mettre des limites à l'enfant, à le contenir, le frustrer. L'adulte se montre par ailleurs

inadéquat dans sa fonction de soutien du jeune dans son processus de prise d'autonomie, soit par un excès de contrôle exercé sur lui (lui renvoyant indirectement le message "tu n'es pas capable"), soit par un excès de liberté offerte à l'enfant (celui-ci étant supposé grandir tout seul en dehors de tout rôle actif, constant et contenant de la part d'un adulte). Dans ce dernier cas de figure, on arrive à des formes insidieuses et graves de négligence. L'adulte ne parvient pas à offrir à l'enfant un support affectif structurant, que ce soit par manque de stabilité dans la continuité du lien (par exemple, des phases de dépression d'un parent, interférant avec la qualité de sa présence), ou par manque d'empathie et de capacité à décoder, à comprendre et à s'accorder aux besoins de l'enfant⁷. La carence affective est un thème central dans la problématique de l'obésité⁸. Souvent l'un des parents montre beaucoup de dépendance à l'égard de l'enfant, ce dernier étant mis dans un rôle de support (voire même d'antidépresseur).

Lorsque l'on essaie de mieux comprendre l'adulte, on découvre l'existence de nombreux traumatismes affectifs dans son passé ainsi que dans celui de son enfant (séparations, migrations, maladies graves, décès, ruptures de lien, négligences, abus sexuels, etc.), de deuils souvent non faits et transmis à travers les générations. La souffrance est banalisée, presque innomée, mise de côté quelque part dans une sphère inconsciente, grâce aux mécanismes de défense rigides mis en place par la famille dans son ensemble. Chaque membre de la famille protège l'autre des prises de conscience éventuellement douloureuses. La communication familiale semble orchestrée par la mission inconsciente de protection face à toute émergence de sentiments dépressifs, d'éventuels conflits ou de tensions émotionnelles, l'enfant obèse remplissant son rôle avec plus de rigueur que les autres⁹. Le corps véhicule un conflit qui ne peut pas être exprimé verbalement. L'enfant obèse masque par ailleurs les difficultés de communication, très fréquentes, au sein du couple. Des "pères" souvent absents dans leur fonction paternelle et aussi absents par rapport au couple, des "mères" qui surinvestissent leur relation avec l'enfant ou "l'un" de leurs enfants. Toute prise d'autonomie s'avère risquée pour ce dernier, car elle pourrait déclencher une décompensation chez l'un des parents ou même l'éclatement de l'unité familiale.

Concernant le fonctionnement de l'enfant lui-même, nous constatons la fréquence de certains traits psychologiques. L'hyperphagie semble être chez lui une réponse à la panique face au sentiment de vide intérieur.

Le corps volumineux offre au jeune une protection face aux agressions possibles provenant de l'extérieur, de la vie et en même temps un sentiment de sécurité interne, derrière lequel existe une grande blessure narcissique¹⁰. Le jeune obèse s'est habitué au rôle du garant du bien-être des autres. Hyper-empathique, il ressent les désirs et états d'âme de son entourage et

s'y adapte¹⁰. A un point tel qu'il ne sait vivre qu'au travers de l'autre et que pour l'autre. Enfermé depuis des années dans une relation fusionnelle avec un adulte, il n'a pas été en mesure de se différencier et d'accéder à une pensée propre et à une conscience de soi, de son identité. Sa palette émotionnelle est restreinte et ses sentiments sont confus, la nourriture ayant été longtemps la seule réponse à toute source interne de tension ou frustration¹¹. En effet, l'apprentissage de la différenciation des sensations se fait déjà à partir de la relation précoce mère-nourrisson. L'enfant ne parvient pas à manier des sentiments agressifs, la passivité et l'hyperphagie étant souvent les seuls moyens dont il dispose pour s'opposer à l'adulte " sans s'opposer vraiment ".

CONCLUSION GENERALE

L'obésité n'est pas un symptôme dépourvu de sens⁹, il a bien une double fonction. Tout d'abord, la protection d'un équilibre familial (en rassurant par exemple la mère dans sa capacité à être une bonne mère, en rassemblant l'énergie du couple, en détournant l'attention d'autres sources de conflit, etc.) ; en deuxième lieu, la sauvegarde d'un équilibre individuel : l'hyperphagie aide le jeune à faire barrage face aux stimulations du monde l'extérieur. Elle maintient le jeune dans un monde enfantin, indifférencié, " protégé ", loin des soucis liés à l'autonomisation, à la question de l'éveil à la sexualité⁸, au conflit. Mais elle peut aussi lui procurer le sentiment d'exister, d'avoir une certaine identité qui puisse camoufler sa profonde faille narcissique.

L'observance de l'enfant au projet global est souvent le reflet de l'implication familiale. Une remise en question des habitudes familiales autour de la nourriture s'impose certainement. Les parents seront régulièrement reçus par les kinésithérapeutes, éducateurs, assistant social et pédiatre. Tout au long du séjour, nous essayerons de décrire au mieux l'obésité initiale, d'analyser et de surveiller les conséquences de l'amaigrissement et surtout de préparer, dès l'admission du jeune, sa sortie en travaillant en collaboration avec un réseau ambulatoire. C'est la raison pour laquelle nous sommes très en demande de pouvoir travailler avec des équipes pluridisciplinaires ambulatoires pour que les jeunes et leurs familles puissent continuer de bénéficier d'une prise en charge globale.

Remerciements

Nous remercions J. Foucart, Psychologue, qui s'est chargée de la traduction de l'abstract.

BIBLIOGRAPHIE

1. Basdevant A, Guy-Grand B : Médecine de l'Obésité. Paris, Médecine Sciences, Flammarion
2. Siméon M, Malvaux P : " Maigrir...sans m'aigrir ". Genève, Thérapie familiale, 1990 ; 11 : 103-16
3. Rolland-Cachera MF : Epidémiologie de l'Obésité. Paris, U 290 INSERM, Hôpital Saint-Lazare
4. Diabetes & Metabolism. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. Paris, Masson, 1998 (Suppl 2) ; 24
5. Le Consensus du BASO (Belgian Association for the Study of Obesity). Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement de l'excès de poids
6. Rapport introductif sur la prévention de l'Obésité chez l'Enfant, déposé par Marcel Cheron – 23.02.05. Parlement de la Communauté française – Session 2005
7. Godfrind J : " Le corps parlé ". Revue Belge de Psychanalyse 1983 ; 2 : 29-43
8. Canarella T, Doyard P, Gaspard B *et al* : Communications présentées lors d'une table ronde de la Journée de pédopsychiatrie du 1^{er} octobre 1979, ayant pour thème l'Obésité chez l'enfant. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 1981 ; 29 : 501-18
9. Onnis L, Di Gennaro : Langage du corps et langage de la thérapie : la sculpture du futur comme méthode d'intervention systémique dans des situations psychosomatiques. Genève, Thérapie familiale, 1992 ; 13 : 3-19
10. Apfeldorfer G : Je mange, donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire. Paris, Payot, 2002
11. Bruch H : Les yeux et le ventre. Paris, Payot, 1975

Correspondance et tirés à part :

M. VANDE WEYER
Clos du Taillevent 28
1420 Braine-l'Alleud

Travail reçu le 26 mai 2005 ; accepté dans sa version définitive le 30 juin 2005.