

# L'obésité morbide chez l'adolescent : les réponses d'un réseau multidisciplinaire

Philippe Duverger, Jean Malka, Dominique Weil\*

L'obésité de l'adolescent est aujourd'hui considérée comme un problème dit de « santé publique » qui laisserait penser que la seule « hygiène de vie » suffirait à l'éradiquer. C'est ici méconnaître la dimension hautement individuelle et donc subjective de ce phénomène, que nous nous proposons d'aborder ici sous l'angle d'un symptôme psychique à l'origine d'une intense souffrance sociale, elle-même source d'une demande croissante de gestes chirurgicaux de la part de ces jeunes. Demande dont la motivation n'a d'égale que l'ambivalence. Quelles réponses envisager face à ces demandes toujours plus nombreuses ? C'est à cette question que nous nous proposons de répondre ici.

## « Obésité maladie », « obésité symptôme »

Le caractère morbide (défini par un indice de masse corporelle supérieur à 35) de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent intéresse aujourd'hui de près les différents acteurs de santé dans la mesure où certaines pathologies dites « comorbides<sup>1</sup> », hypothéquant l'avenir fonctionnel ainsi que l'espérance de vie des jeunes sujets concernés, a fait d'un trouble initial des conduites alimentaires une pathologie, « l'obésité morbide », considérée comme un enjeu de santé publique. Cette évolution a pu donner l'illusion d'une maladie dont le principal traitement serait d'ordre rééducatif (Malka et coll., 2007).

L'avènement récent de l'interdisciplinarité a fait évoluer cette approche réductrice vers une conception de l'obésité en tant que trouble de l'oralité qui convoque de très près la sphère psychoaffective. Cette évolution conceptuelle implique aujourd'hui des approches thérapeutiques aussi variées que l'éducation diététique, l'hygiène de vie, l'approche endocrinienne, l'approche chirurgicale, l'approche psychologique enfin.

Mais, si le maillage de ces différentes approches a pu aider à penser l'obésité morbide de manière intégrative, une part de malentendu semble s'être glissée à travers lesdites mailles. Ce malentendu est lié à une divergence entre le but poursuivi, à savoir l'éradication de « l'obésité maladie » pour le somaticien, et la mise en sens de « l'obésité symptôme », d'une souffrance psychique, pour le psychiatre. Les soins du premier consisteraient ainsi à « faire fondre la graisse » au titre de la santé publique ; les soins du second consisteraient à d'abord s'intéresser à la chair en tant qu'incarnation du sujet auquel elle appartient.

Le malentendu se prolonge de surcroît dans le fait que si le jeune fait preuve de la même motivation apparente que celle de la santé publique – respectivement celle de perdre et de faire perdre du poids – le sujet qui habite ce même corps demande paradoxalement à ne surtout pas être amputé de cette part de chair « en trop » qui lui a permis, malgré tous les problèmes de santé induits, de bâtir un corps et de construire une image de ce corps susceptibles de lutter contre un certain nombre d'événements psychiques à résonance souvent traumatique. Perdre du poids sans « y laisser la peau » ; ne pas « jeter le bébé avec l'eau du bain » pourraient ainsi constituer, au plan psychique, les enjeux majeurs du traitement de l'obésité morbide, traitement qu'il ne s'agit donc en aucun cas d'accompagner

---

\* Jean Malka, praticien hospitalier, unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU d'Angers.

Dominique Weil, praticien hospitalier, service de chirurgie pédiatrique, CHU d'Angers.

Philippe Duverger, professeur des universités, praticien hospitalier, unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU d'Angers.

<sup>1</sup> Il s'agit en fait de conséquences ou cooccurrences organiques de l'obésité telles que notamment les complications métaboliques (dyslipémie, diabète de type 2), cardiovasculaires (myocardiopathie hypertrophique, hypertension artérielle), hépatiques (stéatose, lithiases biliaires, hépatites), respiratoires (apnées du sommeil), orthopédiques (atteintes articulaires dégénératives), pubertaires (hyperandrogénie ovarienne générant notamment une hypofertilité).

par une psychothérapie dite « de soutien » – terme ô combien non dénué de sens – mais qu'il s'agit au contraire d'inscrire dans un mouvement dialectique entre la nécessaire perte de poids visant à préserver la santé physique, et les résistances psychiques mises en œuvre par le sujet pour « alimenter » un symptôme – l'hyperphagie – visant à colmater une souffrance dont les caractéristiques les plus fréquentes sont d'être aussi majeures qu'indicibles, voire non représentables. Contrairement aux lois de la physique de Newton, un « kilo de graisse » est ici sans comparaison avec un « kilo de chair », car la graisse est à l'organisme ce que la chair est au sujet...

Cette dernière remarque doit ainsi nous conduire à la plus grande prudence quant à la question de la « motivation » du jeune à perdre du poids. C'est ainsi que l'ensemble des jeunes qui veulent entrer dans un réseau de prise en charge de l'obésité, fait évidemment preuve de motivation. Tout l'enjeu du soin psychique est de tenter d'aider le jeune à cheminer non pas dans sa motivation, mais dans sa demande. Autrement dit, si la motivation à perdre du poids existe toujours bel et bien, la demande du sujet apparaît d'un tout autre registre. Que nous demande ce jeune motivé à perdre du poids ? Que nous adresse-t-il ? Et comment lui répond-on ?

### **Quelles problématiques ? Quelles demandes ?**

La prise alimentaire est influencée par les avatars de la vie psychique (Braet, 1997 ; Ziegler, 2000), et ceci dès le plus jeune âge, dans les transactions nourricières entre la mère et son enfant.

Hilde Bruche (1999) a proposé l'hypothèse d'une « confusion des affects » au cours de laquelle seraient confondus chez l'enfant ses besoins affectifs et ses besoins nutritionnels. Devant une difficulté, issue du lien entre le parent nourricier et son bébé, la mère (au sens du référent maternel) répondrait à toute manifestation du bébé par la présentation de nourriture, dans le but inconscient d'éviter des moments relationnels trop menaçants pour elle. Dans cette hypothèse, le besoin de nourriture, initialement sous-tendu par les pulsions d'autoconservation, viendrait en lieu et place du désir, en principe convoqué par la libidinisation progressive du lien mère-bébé. L'une des conséquences serait une difficulté, de la part du bébé, à intérioriser un objet maternel suffisamment bon, propice à une activité auto-érotique (succion non nutritive, investissement du corps, vie onirique, etc.) et d'une qualité suffisante à l'investissement secondaire de sa propre activité de penser. Or, se penser soi-même, c'est d'abord une manière de prendre soin de soi, au sens de « s'auto investir ». Dans cette perspective, la part autoérotique de la fonction nutritive deviendrait qualitativement insuffisante au cours du développement psychoaffectif des sujets en proie à ces phénomènes addictifs, notamment alimentaires. Se nourrir reviendrait ainsi chez eux à « se remplir ». Il faudrait ainsi « se remplir » sans cesse, c'est-à-dire faire en sorte de ne jamais avoir à éprouver le moindre manque, afin de ne pas avoir à « penser » (panser) ses propres ressentis, ses propres blessures, ses propres faiblesses, etc. S'exposer à l'activité réflexive de « se penser » reviendrait en effet à s'exposer au risque de s'effondrer, faute de sécurité interne suffisante. À cet égard, si la vie psychique est en principe si intense la nuit, au travers des constructions oniriques notamment, c'est peut-être parce que le corps cesse de se nourrir d'un apport extérieur, permettant au psychisme de sécréter son propre « miel », c'est-à-dire sa propre activité de pensée. Une expression bien connue le rappelle : « qui dort dîne »... Manger sans cesse serait ainsi, d'une certaine manière, le reflet d'une difficulté à « penser ses pensées », autrement dit à se nourrir de ses propres pensées.

D'autres théories comme la « théorie de l'externalité » (Schachter, 1968 ; Nisbett, 1968) rejoignent cette conception ; théories qui ne sont pas sans faire écho aux travaux psychanalytiques précurseurs concernant le développement de l'oralité (Abraham, 1924 ; Klein, 1957). Dans ces optiques, l'on conçoit que tout conflit psychique puisse induire d'intenses mouvements régressifs au stade oral du développement face au danger qu'impliquent certains événements à valeur de séparation ou de perte, et ce d'autant plus que les satisfactions orales représentent le prototype de la jouissance la moins génératrice de conflits, voire la jouissance par laquelle l'enfant imagine, en outre, satisfaire sa mère (Schmit, 1985).

L'obésité deviendrait, dans toutes ces situations, non seulement le symptôme par lequel l'enfant révèle les avatars de son développement psychoaffectif, mais également le symptôme par lequel il tente, plus ou moins consciemment, de se protéger d'un excès d'excitation, que celle-ci provienne de lui-même (angoisses, sentiment d'insécurité interne) ou de l'extérieur (sollicitations interpersonnelles plus ou moins bienveillantes). Un véritable cercle vicieux peut ainsi s'amorcer, faible estime de soi et crainte de l'autre alimentant tous deux le recours à l'oralité, alimentant à son tour à la fois la faiblesse de l'estime de soi et le maintien de l'autre hors de portée. Cette valeur défensive du « symptôme obésité » se révèle en particulier à partir de la période de latence, période normalement dévolue à la découverte du monde social, du commerce avec celui-ci, ainsi que du renforcement positif du narcissisme que ce commerce induit.

### **Quelles réponses apporter ?**

La demande de soins s'effectue le plus souvent à partir de la consultation chirurgicale ou pédiatrique et fait du somaticien le premier interlocuteur du jeune. Cette porte d'entrée somatique renseigne souvent sur la place conférée inconsciemment par le jeune au chirurgien : en demandant « l'anneau », il réclame, parfois à corps et à cris, une « trop bonne mère chirurgien » (qui va devoir se dégager de cette place à laquelle le jeune l'assigne), un objet supplémentaire à incorporer, objet paradoxalement fait pour limiter la prise alimentaire. La demande du jeune apparaît alors initialement comme une demande de gratification supplémentaire, celle d'un « objet comblant ». Et si la sensation de vacuité en appelle à un objet comblant, la non réponse du chirurgien est primordiale, permettant le sentiment conscientisé de manque de l'autre, qui en appelle au contraire à un sujet capable de partager l'éprouvé du manque et donc de convoquer la dynamique du désir.

Comment se positionner face à cet adolescent en difficulté dont la demande se limite souvent à la question du surpoids, des « kilos en trop », et non des conduites alimentaires et de la souffrance psychique que ces conduites révèlent autant qu'elles la masquent ? Comment traiter ce symptôme, certes handicapant, mais en même temps si défensif à l'égard d'angoisses sous-jacentes encore non élaborables ? C'est bien là tout le problème d'accéder à la motivation de perdre du poids tout en tentant de rendre questionnables, aux yeux du jeune, ses conduites alimentaires actuelles.

Il importe ici d'insister encore sur le fait que le corps est évidemment au cœur du problème, à la fois lieu de surexposition et lieu d'enfouissement des différentes difficultés rencontrées, le corps obèse étant en effet à considérer sur un double versant : il surexpose le patient au regard en même temps qu'il s'en soustrait en enfouissant – au propre comme au figuré – l'intimité du sujet. Le jeune obèse peut donc ainsi se retrouver paradoxalement à la fois « surexposé » et « enfermé ». Le travail psychothérapique vise notamment à l'aider à se déprendre de cette double contrainte, source de soumission passive, à la fois au regard de l'autre et à sa propre tyrannie.

Aborder médicalement l'obésité d'un adolescent implique donc que l'on ait parfaitement conscience que l'on ne touche pas là à la « simple » question du surpoids ou de la masse grasseuse, mais à celle de l'intégrité de l'intimité et de l'identité, c'est-à-dire aux fondements narcissiques du sujet. Pour le jeune obèse, accepter de « lâcher » ce symptôme est étroitement consubstantiel du fait d'avoir en sa possession des ressources psychiques suffisamment solides pour tisser autrement ses liens narcissiques et objectaux. « Traiter » l'obésité d'un adolescent, c'est donc d'abord s'intéresser à la manière de le traiter lui, dans son ensemble, son corps obèse n'étant pas « de trop » mais faisant partie intégrante d'un tout : soma-psyché étant indissociables.

### **L'expérience angevine**

## Son histoire, son organisation

Il s'agit d'une approche originale, née en 2007, au CHU d'Angers, d'une longue histoire antérieure de collaboration entre pédiatres endocrinologues, chirurgiens pédiatres viscéraux, diététiciens, assistantes sociales et pédopsychiatres de liaison, auxquels sont venus plus récemment prêter main forte des médecins de réadaptation fonctionnelle depuis l'ouverture, en 2009, d'un centre de réadaptation fonctionnelle pédiatrique, adossé au CHU. Si l'initiative en revient aux chirurgiens et aux endocrinologues pédiatres, les autres collègues ont rapidement été impliqués dans la réflexion.

C'est de cette synergie à la fois géographique, temporelle et professionnelle qu'est née l'idée d'un réseau – qui est en fait plus proche d'une équipe pluridisciplinaire – baptisé « réseau obésité », autour du sujet central de l'obésité morbide de l'adolescent. La construction de ce projet, imaginée à partir du constat de l'inflation de demandes de soins dans ce domaine, s'est articulée autour de deux axes principaux :

- le premier consiste en une *approche catégorielle de l'obésité morbide*, approche qui repose sur sa définition, l'évaluation précise de ses comorbidités, son éventuel rattachement à une pathologie organique – génétique ou non –, son pronostic, etc. ;
- le second consiste en une *approche dimensionnelle* visant à évaluer de manière beaucoup plus subjective et singulière les aspects psychogénétiques individuels et familiaux, de même que les aspects socioculturels de telles obésités, ainsi que leurs conséquences sur la qualité de vie (évaluée notamment par certaines échelles construites sous la forme d'autoquestionnaires), la scolarité, la vie sociale et familiale, mais aussi la construction identitaire et psychosexuelle de chaque sujet.

Ce projet a fait l'objet d'une rédaction détaillée et a été soumis au comité d'éthique du CHU. Celui-ci a validé le projet et notamment les indications de chirurgie bariatrique<sup>2</sup> chez les grands adolescents. Il s'agit d'une première en France puisque la chirurgie bariatrique n'est pas validée par la HAS, en 2009, chez les jeunes de moins de 18 ans.

L'anneau gastrique a été choisi comme la meilleure option chirurgicale, du fait de sa morbidité moindre, de sa réversibilité, et du caractère participatif qu'il réclame au jeune, ainsi maintenu en position d'acteur de son régime alimentaire. L'anneau gastrique, une fois posé, permet en quelque sorte de réduire artificiellement la « lumière gastrique » et induit une sensation de réplétion plus rapide, limitant du même coup la sensation de faim et donc la prise alimentaire.

Les contre-indications de ce geste chirurgical peuvent être de nature médicale, chirurgicale, mais aussi psychiatrique ou cognitive, dans la mesure où une intervention de cette nature implique un jugement éclairé ainsi que la capacité du jeune à s'inscrire dans un projet au long cours.

Protocole et suivi multidisciplinaire sont donc définis. L'entrée d'un jeune dans le réseau se fait à sa demande, et est systématiquement contractualisée avec lui et ses parents, selon un cadre de soin bien défini, mêlant consultations pédiatriques, chirurgicales, diététiques, et pédopsychiatriques régulières auxquelles il faut ajouter :

*Un temps d'hospitalisation complète* systématique d'une dizaine de jours en pédiatrie, au sein d'un service d'adolescents fonctionnant au quotidien sur un mode institutionnalisé (réunions de synthèse, groupes de paroles, art-thérapie, temps scolaires y sont notamment proposés). Ce séjour hospitalier est programmé au début de la prise en charge, d'une part afin de réaliser l'ensemble des examens complémentaires nécessaires à l'évaluation de l'obésité, de ses répercussions au plan somatique, de la faisabilité d'une éventuelle chirurgie bariatrique, et d'autre part afin de faire plus ample connaissance avec le jeune, au quotidien, à travers la rencontre avec les soignants du service et les autres jeunes hospitalisés. C'est

---

<sup>2</sup> La technique chirurgicale choisie à Angers consiste en la mise en place d'un anneau gastrique ajustable introduit dans la cavité abdominale par coelioscopie et passé autour de l'estomac. Le ballonnet (gonflable et dégonflable) de l'anneau est relié à un cathéter dont l'extrémité distale s'abouche dans un site implanté sous la peau afin de permettre le gonflage assurant le serrage de l'anneau.

enfin l'occasion d'évaluer sa capacité à se séparer de son environnement habituel, souvent problématique chez le jeune obèse.

*Un temps facultatif de séjour au centre de réadaptation fonctionnelle*, beaucoup plus long celui-là – trois mois environs – dans le but d'amorcer une perte de poids dans des conditions de séparation et d'étayage suffisant. Ce centre de réadaptation fonctionnelle, composé de professionnels faisant par ailleurs partie du « réseau obésité », s'est, pour cela, doté d'une organisation qui, elle aussi, s'institutionnalise peu à peu autour d'une prise en charge globale, à la fois pédiatrique, psychomotrice, psychosociale et psychologique. Au sein de cette structure, ont été mis en place plusieurs types d'activité à médiation corporelle telles des activités sportives, des approches psychomotrices individuelles, des groupes de paroles, des activités en ateliers d'éducation thérapeutique diététique.

Cette prise en charge s'inscrit nécessairement dans la durée. Elle se fonde sur une relation de confiance matérialisée par la signature d'un contrat de soin entre le jeune, ses parents, et les soignants. Le contrat ainsi accepté, de manière bilatérale, fait fonction de cadre au sein duquel les soins se déroulent selon un rythme et des modalités de consultation et d'hospitalisation adaptées à chaque jeune. Ce qui apparaît constant en revanche, est que chaque jeune rencontre régulièrement le pédiatre, la diététicienne, le chirurgien et le pédopsychiatre (ou psychologue) de liaison attaché au réseau.

L'ensemble des membres du réseau se réunit une fois par mois, dans le double but d'assurer et de maintenir la cohésion et la cohérence de l'organisation des soins, et de passer en revue la situation de jeunes qui le nécessitent.

À l'issue de plusieurs mois (six au minimum), certaines décisions thérapeutiques sont susceptibles d'être prises, notamment au plan chirurgical. Ce projet chirurgical a fait l'objet d'un long travail de formation – à la fois pratique et théorique – des chirurgiens, et de concertation au sein du réseau, autour de la pertinence clinique d'un tel geste et des aspects éthiques qu'il convoque forcément.

### **Place et regard du pédopsychiatre de liaison au sein du réseau**

#### *Au sein du réseau de professionnels*

L'équipe de pédopsychiatrie de liaison est impliquée à chaque étape de l'élaboration du projet pluridisciplinaire depuis la mise en place du réseau. Son rôle est de participer activement aux propositions de soins et d'organisation, y compris en dehors des aspects psychiques à proprement parler, tout en occupant une place tierce susceptible de proposer un discours qui ne soit pas uniquement concentré sur la perte de poids mais également sur l'obésité en tant que sous-tendue par des troubles alimentaires symptomatiques d'une problématique intra (dimension conflictuelle individuelle) et inter subjective (dimension dynamique, en particulier familiale).

Il s'agit, pour le pédopsychiatre de liaison, de ne jamais être polémique, mais au contraire de prendre appui sur une préoccupation médicale parfaitement légitime – celle de l'obésité morbide en l'occurrence – pour envisager un symptôme complexe dont l'approche psychopathologique se trouve légitimée par l'intensité de la souffrance qui lui est consubstantielle autant que par l'urgence de la demande d'aide qu'il génère (Duverger et coll., 2011)

Le pédopsychiatre de liaison, lors des réunions mensuelles, éclaire certains points du questionnement des autres professionnels, tente de donner du sens à tel événement qui vient émailler la prise en charge (une consultation non honorée, une reprise pondérale, un moment dépressif, etc.). Il rappelle enfin que l'obésité s'inscrit dans le corps, et qu'elle ne se raconte pas. Les troubles des conduites alimentaires qui pourtant président à la prise massive de poids ne sont ainsi quasiment jamais abordés spontanément par les adolescents obèses. En parler procède donc nécessairement d'une démarche thérapeutique fondée sur un inévitable malentendu entre la demande de maigrir et la non demande initiale de parole.

### *Auprès du jeune inscrit dans le réseau et de sa famille*

La prise en charge des adolescents obèses doit être habitée par l'idée que l'obésité est à considérer comme le symptôme d'une difficulté existentielle sous-jacente, c'est-à-dire comme une modalité de réponse du patient à une souffrance psychique, notamment à travers ses conduites alimentaires. Pour lui, accepter de « lâcher » ce symptôme est donc étroitement lié au fait d'avoir en sa possession des ressources psychiques suffisamment solides pour tisser autrement les rapports du soi à son environnement. Cette condition implique bien entendu un certain cheminement des parents, que nous rencontrons régulièrement pour aborder avec eux la question centrale de la dépendance, phénomène souvent co-occurent d'une profonde confusion des places et des générations au sein de la famille.

Le cas d'une adolescente en grande souffrance nous permettra d'entendre la nécessité d'une telle élaboration à plusieurs de la demande initiale.

Virginie, jeune fille de 15 ans, souffre d'une obésité morbide. La demande d'anneau gastrique s'avère initialement sous-tendue par la demande inconsciente de faire bel et bien disparaître l'ensemble de son corps. Les « kilos de trop » révèlent fantasmatiquement un « corps de trop », au point qu'elle en arrive à se bander les yeux pour ne plus croiser son reflet dans le miroir le matin lors de la toilette.

L'approche psychothérapique est complexe, initialement vécue comme intrusive, comme l'est au départ tout regard porté sur elle, au point qu'une décision de scolarisation par correspondance est décidée, protégeant Virginie de ce qu'elle décrit comme un véritable envahissement. Mais le regard de l'autre la rattrape vite, son frère cadet invitant ses petites amies vis-à-vis desquelles Virginie entretient une haine rivale sans pareil.

Parallèlement, Virginie découvre le petit ami – qu'elle apprécie en revanche – de sa sœur aînée, et aimée, et se surprend à s'éprouver femme (particulièrement insatisfaite et complexée, certes) par le jeu des identifications que cette sœur ne manque pas de saisir et de favoriser en l'incitant à sortir avec elle, « entre filles », ce que Virginie refuse toutefois.

Un petit neveu naît de l'union de son frère avec sa petite amie. Une question se pose alors : comment aimer cet enfant dont elle dit détester les parents ? « Comment peut-on aimer un bébé ? », nous demande-t-elle avec insistance. Ce propos n'est pas sans résonance avec la question de son abandon et de son adoption à l'âge de six semaines, au Chili.

Des cours de conduite sont mis en œuvre à sa demande. Elle y rencontre deux moniteurs, l'un « vieux », l'autre « jeune », dont elle supporte tant bien que mal la proximité dans la voiture, et sur lesquels elle semble transférer de nombreux élans, permettant aux questions amoureuses et filiales de continuer de se tisser entre elles.

La féminité de Virginie s'affirme alors jusque dans sa coiffure et ses tenues. Tenues visant non plus à liquider le corps dont elle exhibe initialement le handicap à travers le port de béquilles sur lesquelles elle s'appuie lourdement, mais à le dissimuler sous de longues robes noires. Robes d'ailleurs préfigurées par le voile qu'elle pose sur la porte à demi vitrée de sa chambre d'hôpital lors du bilan préchirurgical.

Le travail se poursuit actuellement avec beaucoup d'assiduité. Virginie, chez laquelle un geste chirurgical est finalement réalisé, perd du poids, mais en parvenant à continuer d'investir psychiquement les enveloppes charnelles qui la constituent. Cet investissement se traduit notamment par le fait d'avouer « craquer » de temps en temps pour certains aliments. Elle peut dire pour la première fois « être gourmande ».

Elle passe ainsi du bandage initial des yeux – en tant qu'équivalent d'une véritable liquidation de son corps – à la dissimulation progressive de ce même corps quant au regard de l'autre, érotisant progressivement son langage, relançant par là toute la chaîne associative autour de la construction de son identité féminine.

Ce suivi psychothérapique régulier au sein du réseau avec lequel Virginie entretient – souvent douloureusement – un lien rendu nécessaire par le contrat médical initial passé avec elle, permet ainsi de maintenir intégrées entre elles les prises en charges somatique et psychologique visant à préserver le tout soma-psyché constitutif de chaque sujet humain. Cette intégration soma-psyché, via l'organisation des soins du réseau a donc pour objectif de lutter contre le court-circuitage de toute pensée qu'induirait le court-circuitage trop rapide et trop radical de la sensation de faim, et donc de l'épreuve du manque. Cela n'est pas sans confirmer la pertinence des théories développées plus haut à propos des premières interactions mère-nourrisson, interactions fondées sur une oralité dévorante entre une trop bonne mère et un bébé sans cesse gratifié d'une nourriture sans limites, visant à éviter tout ressenti de privation par le maintien d'une satiété permanente.

Le chirurgien, qui, seul, pourrait être ainsi investi de cette place de trop bonne mère comblante, via la pose d'un anneau « coupe-faim », se trouve ainsi étayé par une prise en charge psychothérapique permettant au jeune d'éprouver la privation dans l'attente du geste chirurgical, plutôt que de rechercher l'absence de privation par la quête d'une satiété que satisferait la pose trop rapide d'un anneau. Le risque serait alors d'induire une confusion entre la réponse chirurgicale et la réponse maternelle initiale. De cette confusion pourrait ainsi naître, du côté du jeune, l'illusion de retrouvailles « nirvaniques » avec la trop bonne mère inaugurale, entretenant ainsi le symptôme « obésité » dans une répétition sans fin.

### **Bilan de quatre années de fonctionnement du réseau**

Ce réseau est une première en France chez des jeunes de moins de 18 ans, notamment quant à la prise en charge chirurgicale encadrée. Sa création en pédiatrie (et non dans des structures d'adultes) favorise un accompagnement serré et une grande vigilance multidisciplinaire.

Les quatre années d'existence du réseau ont permis d'inclure une trentaine de jeunes, âgés de 15 à 17 ans, souffrant d'obésité morbide. Au-delà de la « simple » inclusion de ces jeunes dans le réseau, c'est un véritable accompagnement plurifocal contractualisé avec eux et leurs parents, par ailleurs rencontrés régulièrement par chaque professionnel pour faire le point sur l'évolution de leur enfant mais également sur celle de la dynamique familiale.

Si toutes les consultations ne sont pas systématiquement honorées par le jeune, le maillage étroit entre professionnels autorise de la souplesse et permet d'intéressants relais, à l'image du travail de triangulation familiale si souvent mis à l'épreuve dans ces familles. À cet égard, la place du père apparaît régulièrement défaillante (père inconnu, abandonnique, absent ou disqualifié...), rendant la triangulation précisément très aléatoire.

Quinze interventions chirurgicales ont été réalisées. Au-delà de l'amorce d'une perte de poids, ces gestes chirurgicaux ont été vécus, par la plupart des jeunes, comme un moment symbolique de séparation et d'individuation à l'égard de leur environnement.

En ce qui concerne la perte de poids en elle-même, plusieurs situations sont rencontrées : celles où la perte précède largement le geste chirurgical, celles où la perte est consécutive au geste chirurgical ; celles où la perte est majeure, celles où elle s'avère finalement minime, que le geste chirurgical ait, ou non, eu lieu. Tout cela semble rappeler que l'obésité morbide reste un symptôme et non une maladie.

### **Conclusion**

L'approche psychologique du jeune obèse repose avant tout sur le discours que tient l'adolescent dans son rapport à lui-même et aux autres, mais aussi sur la posture des soignants face à cet adolescent dont il importe de voir dans la présentation de son corps tout autant le symptôme d'une souffrance psychique que celui d'une dérive diététique. Dans cette perspective, nous concevons l'approche psychothérapique comme un travail sur l'image inconsciente du corps et la place de l'obésité dans l'économie psychique du jeune, et en aucun cas comme un soutien visant à aider le jeune dans son adhésion à un régime à visée normative, soutien qui ne ferait que majorer la confusion entre le poids mesuré en kilos sur la balance, et la chair qui, elle, ne s'appréhende qu'en termes d'éprouvés subjectifs et intersubjectifs.

Ce constat rappelle une fois de plus que l'approche thérapeutique d'un comportement – qu'il soit d'ordre alimentaire ou non – ne peut faire l'économie d'un travail conjoint d'appréhension de ce comportement en tant que reflet d'une vie intime chez des sujets de surcroît confrontés aux remaniements propres à l'époque pubertaire. La pluridisciplinarité au sein de notre réseau inclut ainsi le chirurgien, non seulement comme auteur d'un possible geste, mais aussi en tant que dépositaire d'une demande. Le travail en réseau réside finalement dans le fait d'aider le jeune à parvenir à élaborer cette demande sous la forme d'une plainte, indiquant par là même la mise au travail subjectif indispensable à toute décision thérapeutique, notamment chirurgicale. Faire d'une demande une plainte, tel pourrait être, *in fine*, l'enjeu majeur des soins proposés par ce réseau.

## Bibliographie

- Abraham, K. 1924. « Esquisse d'une histoire du développement de la libido base sur la psychanalyse des troubles mentaux », *Œuvres complètes*, T2, Paris, Payot, 1966, p. 255-313.
- Braet, C. ; Van Strien, T. 1997. « Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old and non-obese children », *Behav Res Ther*, 35, p. 863-873.
- Braet, C. ; Mervielde, I. ; Vandereycken, W. 1997. « Psychological aspects of children obesity : a controlled study in a clinical and non clinical sample », *J Pediatr Psychol*, 22, p. 59-71.
- Bruch, H. 1978. *Les yeux et le ventre*, Paris, Payot.
- Bruch, H. 1999. *Rapport d'expertise collective de l'INSERM*, Paris.
- Klein, M. 1957. *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard, 1968.
- Malka, J. ; Togora, A. ; Duverger, P. 2007. « Approche pédopsychiatrique de l'adolescent obèse : le regard du pédopsychiatre sur son comportement alimentaire », *Diabète et Obésité*, vol 2, n°7.
- Duverger Ph. ; Chocard, A.-S. ; Malka, J. ; Ninus, A. 2011. « Surcharge pondérale et obésité », dans *Psychopathologie en service de pédiatrie*, Paris, Masson, coll. « Les âges de la vie », p. 483-497.
- Marcelli, D. 1981. « Abord psychopathologique de l'obésité de l'enfant », *Neuropsychiat. Enf. Et Adolesc.*, 10, p. 511-515.
- Nisbett, R. E. 1968. « Determinants of food intake in human obesity », *Science*, 159, p. 1254-1255.
- Schachter, S. 1968. « Obesity and eating », *Science*, 161, p. 751-756.
- Schmidt, G. 1985. « L'obésité infantile », S. Lebovici ; R. Diatkine ; M. Soulé (sous la direction de), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, p. 1731-1749.
- Ziegler, O. ; Quilliot, D. ; Guerci, B. 2000. « Physiopathology of obesity. Dietary factors, and regulation of the energy balance », *Ann Endocrinol*, 61, p. 12-23.
- Coll. 2005. *Trop de poids, trop de quoi ? Obésité et surpoids chez l'enfant et l'adolescent, mieux comprendre, mieux prévenir*, sous la direction de P. Huerre et. P. Daviaud, *enfances & PSY*, 2005/2, n° 27.

## Résumé

L'obésité morbide est ici abordée en tant que symptôme physique d'une souffrance psychique sous-jacente. Cette souffrance psychique génère parfois certaines demandes d'aide, notamment chirurgicale, qui paradoxalement révèlent bien souvent un très fort déni de la réalité de cette souffrance, engageant alors autant le jeune que les soignants dans une lutte active contre l'obésité plutôt qu'une lutte contre la souffrance psychique qui en est à l'origine. Cet article s'intéresse à la demande de chirurgie bariatrique de la part du jeune et de son environnement, demande souvent confondue avec la notion de « motivation »,



l'insistance de cette motivation n'ayant d'égal que l'ambivalence de la demande. Cette confusion de registre entre motivation affichée et demande ambivalente s'avère fréquemment à la source d'un malentendu qui met à l'épreuve autant l'offre que le cadre du soin. C'est fort de ce constat qu'une approche multidisciplinaire intégrant les dimensions psychique et somatique impliquées dans l'obésité morbide est proposée au CHU d'Angers.

**Mots clés** : obésité, demande, motivation, ambivalence, chirurgie bariatrique, psychopathologie, psychothérapie, multidisciplinarité.

### **Summary**

Obesity is considered by the authors as the physical symptom of a psychic suffering. This psychic suffering may induce some surgery request which paradoxically often hide such suffering, leading to combat weight instead of tackling psychic pain and her traduction in terms of eating behaviour. The authors focus the matter on bariatric surgery demands from adolescents and their environment, demands that the ambivalence is only equalled by the displayed motivation with which this young people want to loose weight. This confusion between displayed motivation and ambivalent demand may induce misunderstanding in medical care relationship. This is why a multidisciplinary approach, joining psychic and somatic dimensions involved in obesity, is proposed at the CHU of Angers.

**Key words** : obesity, demand, motivation, ambivalence, bariatric surgery, psychopathology, psychotherapy, multidisciplinarity.