



L'enfant obèse et sa famille

Une approche homéodynamique

Daria DRUZHINENKO-SILHAN

Chargée de recherche en Psychologie
PSInstitut Strasbourg

Patrick SCHMOLL

Anthropologue, Directeur scientifique
PSInstitut Strasbourg

Résumé

Une étude réalisée sur la base de 30 entretiens avec des enfants obèses et leurs parents et de 69 dossiers de santé permet d'identifier une psychodynamique spécifique de ces familles. Le système familial présente une forte stabilité autour des habitudes alimentaires et de vie en général qui favorisent la prise de poids. Les conclusions de cette étude sont a priori pessimistes quant à l'efficacité des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile : les démarches frontales (information, consignes diététiques, entretiens médicaux et psychologiques...) se heurtent à une forte résistance au changement. En prenant de la hauteur, l'approche théorique amène cependant à considérer, non pas seulement l'enfant et sa famille, mais l'obésité entendue largement comme un système bio-psycho-social qui implique certes le sujet pris dans le système familial, mais également les régulations biologiques propres à l'organisme en surpoids, un environnement économique, social et culturel favorisant, et surtout l'évolution de l'ensemble dans le temps, évolution qui fait notamment passer le sujet obèse par des états successifs de stabilité de ce système : enfance, adolescence, jeune adulte, adulte en activité. Une approche homéodynamique met ainsi l'accent sur l'intérêt, pour la prévention et le suivi de l'obésité, d'étudier les processus de bascule d'un état d'équilibre du système vers un autre, à la faveur notamment des perturbations biologiques et psychologiques induites par le passage d'un âge à un autre : par exemple à la puberté, lors d'un événement familial perturbant, ou au passage du collège au lycée, ou du lycée à l'université.

Abstract

A study carried out on the basis of 30 interviews with obese children and their parents and 69 health files makes it possible to identify a specific psychodynamic of these families. The family system presents a strong stability around food and life habits that promotes weight gain. The conclusions of this study are a priori pessimistic as to the effectiveness of procedures for the management of childhood obesity: frontal approaches (information, dietary instructions, medical and psychological interviews, etc.) come up against strong resistance to change. Taking the height, however, the theoretical approach leads to consider, not only the child and his family, but obesity understood broadly as a bio-psycho-social system which involves the subject in his family system, but also the biological regulations specific to the overweight organism, a congruent economic, social and cultural environment, and above all, the evolution of the whole over time, which in particular causes the obese subject to pass through successive states of stability of this system: childhood, adolescence, young adult, working adult. A homeodynamic approach thus emphasizes the interest, for the prevention and monitoring of obesity, of studying the processes of switching from one state of equilibrium of the system to another, in particular due to biological and psychological disturbances induced by the transition from one age to another: for example at puberty, during a disturbing family event, or the transition from college to high school, or from high school to university..

Mots-clés

Surpoids – Obésité – Enfant – Système familial – Systémique – Homéodynamique

Keywords

Overweight – Obesity – Child – Family system – Systems Theory – Homeodynamics

INTRODUCTION

Une étude réalisée entre 2013 et 2016 auprès d'enfants en surpoids et obèses accueillis avec leurs parents dans le cadre des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile nous a permis d'identifier une dynamique familiale remarquable, que nous exposons dans les lignes qui suivent. Celle-ci se caractérise par une ferme stabilité des habitudes de vie et alimentaires, contribuant à une pathologie également stable. Les tentatives d'actions préventives ou de suivi, qu'elles soient informatives, éducatives ou thérapeutiques, se heurtent à de fortes résistances, qui nous ont conduits à exprimer nos réserves sur l'efficacité des dispositifs existants, s'agissant d'une approche délimitée par son objet : l'obésité infantile avant la puberté.

Cependant, une réflexion théorique étendue, dans une perspective systémique, incite à s'intéresser précisément à la stabilité et à la résistance de ce qui se présente comme un système : non seulement la structure individuelle (psychologique) de ces jeunes sujets, ainsi que l'organisation et la dynamique familiales dans laquelle elle s'inscrit, mais ce que l'on pourrait appeler le « système obésité » incluant en sous-systèmes enchâssés le sujet, sa famille, l'homéostasie propre à l'organisme en surpoids, un environnement économique, social, culturel favorisant, voire l'écosystème global en tant qu'il « produit des gros », et jusqu'aux dispositifs de prise en charge eux-mêmes et leurs professionnels, dans la mesure où ils se referment sur leur objet, qu'il en vivent, et que leurs interventions sont donc susceptibles de paradoxalement renforcer les résistances du système.

Dès lors que l'on considère l'obésité comme un système global, assurant sa propre stabilité dans la durée, l'obésité infantile n'est qu'apparemment un état stable de ce système : elle est un moment d'une dynamique, dont la stabilité ne nous paraît évidente que sous condition que nous nous focalisons sur une certaine classe d'âge, dont le découpage est sans doute fondé en biologie et en psychologie, mais est aussi renforcé par les dispositifs de prise en charge spécialisés par tranches d'âge, et eux-mêmes par des politiques de santé qui catégorisent les problèmes et tendent à cloisonner le champ de l'observation.

Une approche qui prend du recul par rapport à ce zonage temporel permet d'envisager de s'intéresser aux limites du sous-système de l'obésité infantile, et notamment à son bornage dans le temps, puisqu'à la puberté, le sujet change nécessairement. L'obésité adolescente n'est pas l'obésité infantile, elle a sa propre homéostasie. On pourrait alors s'intéresser à ce nouvel état stable du système qu'est l'obésité à l'adolescence, qui va opposer sa propre résistance à des interventions spécialisées au sein de dispositifs de prise en charge également spécialisés sur cette tranche d'âge. Mais la perspective que nous proposons d'ouvrir ici invite à étudier plus précisément ce temps critique du passage entre deux états stables, en l'occurrence la puberté. Plus généralement, l'approche homéodynamique consiste à se saisir de ces moments où le système bascule d'un état stable vers un autre (ici la puberté, plus tard la sortie du système scolaire, l'entrée à l'université, l'entrée dans la vie active), puisque dans ces temps d'entre-deux le système s'éloigne de son état d'équilibre, et s'offre à des possibilités de changement.

Dans le présent article, nous exposons les résultats de l'étude précitée qui nous ont conduits à modéliser l'homéostasie du système-obésité autour de l'enfant en surpoids et sa famille. Puis nous proposons de prendre du champ par rapport à ces premiers résultats en envisageant les ouvertures possibles de ce système au moment des passages d'âges.

RAPPEL DES ENJEUX DE SANTÉ

L'extension de l'obésité¹ dans le monde la fait aujourd'hui considérer comme une pandémie, bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie infectieuse. Les dernières données complètes disponibles, qui remontent à 2016 (OMS 2022), établissaient que près de 2 milliards d'adultes dans le monde étaient en surpoids, dont 650 millions en situation d'obésité, soit respectivement 39% et 13% de la population mondiale, avec des disparités d'une région du monde à une autre : les pays riches sont davantage touchés. En Europe, 59 % des adultes sont en surpoids. L'obésité est à la fois un facteur de risque médical majeur (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, arthrose,

¹ Rappelons que l'obésité est définie en fonction de l'Indice de masse corporelle (IMC), donné par le rapport du poids (en kilogrammes) par le carré de la taille (en mètres). Un IMC entre 25 et 30 autorise à parler de surpoids. Au-delà de 30, on parle d'obésité. Chez l'enfant, l'IMC doit être interprété en fonction de l'âge et du sexe, en se référant à la courbe de croissance.

etc.) et la source d'importantes difficultés psychosociales liées au bien-être psychique et moral – comme l'isolement, la dépression, la stigmatisation, etc. De ce fait, ses coûts secondaires sont considérables (autour de 20 milliards d'euros par an en France)². Pour la France, l'enquête Obepi-Roche réalisée tous les trois ans entre 1997 et 2012, et réitérée en 2020 (Fontbonne & al. 2023), montre que la prévalence de l'excès de poids (incluant donc le surpoids et l'obésité) ne cesse d'augmenter, et s'établit à 47,3 % de la population française, dont 17 % des sujets en situation d'obésité. Depuis 1997, la prévalence du surpoids fluctue autour de 30 %. C'est la prévalence de l'obésité qui ne cesse d'augmenter à un rythme rapide. Elle est passée de 8,5 % en 1997 à 15 % en 2012 et 17 % en 2020. L'augmentation est encore plus marquée dans les groupes d'âge les plus jeunes et pour l'obésité morbide, dont la prévalence a été multipliée par près de sept sur la période.

L'un des aspects les plus inquiétants de cette pathologie est qu'elle concerne désormais de plus en plus d'enfants. En 2016, plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans étaient en surpoids ou obèses dans le monde (OMS 2022). En Europe, c'est près d'un enfant sur trois (29 % des garçons et 27 % des filles) qui sont en surpoids ou obèses. Or, le risque de développer à l'âge adulte des pathologies associées (diabète et maladies cardiovasculaires, en particulier) est d'autant plus élevé que l'obésité s'est installée précocement (Baker & al. 2007). Alors qu'inversement, si l'on parvient à normaliser le poids chez l'enfant, on atténue voire on élimine le sur-risque cardiovasculaire lié à l'obésité infantile (Juonala M. & al. 2011).

Le traitement, mais aussi la prévention dès le jeune âge, de l'obésité est donc un problème de santé publique, qui a conduit à la création de dispositifs spécifiques d'accueil et de suivi de l'enfant et de l'adolescent obèses, tels ceux avec lesquels nous avons travaillé : le réseau RéPPOP mis en place en 2003, le réseau REDOM soutenu par l'ARS depuis 2005, PRECCOSS à Strasbourg, mis en place en 2014. En 2022, la Haute Autorité de Santé publiait un guide à l'intention des professionnels pour optimiser le parcours de soin³. En 2023, un dispositif « Mission : retrouve ton cap » est mis en place par l'Assurance Maladie et expérimenté dans trois territoires pour permettre aux enfants de 3 à 12 ans en surpoids ou en risque de l'être de bénéficier d'une prise en charge précoce et multiple (diététique, psychologique, activité physique)⁴.

La multiplication de ces dispositifs se heurte cependant à une réalité : l'obésité continue à augmenter, que ce soit chez les adultes comme chez les enfants, même si c'est à un rythme plus lent depuis une vingtaine d'années. La difficulté à éradiquer cette maladie est due à son origine multifactorielle (génétique, biomédicale, environnementale, psychologique, sociologique, culturelle...). Elle se comporte comme un système qui maintient son homéostasie autour du surpoids de l'individu, ce que traduit en particulier le constat que 60 à 75% des personnes qui font des régimes reprennent en quelques mois le poids perdu (Ostermann 1997, Apfeldorfer 2002).

Certaines boucles systémiques sont connues des professionnels qui accueillent et suivent les personnes en surpoids. Par exemple, le surpoids aggrave les problèmes articulaires, ce qui incite la personne à encore moins bouger, et donc à prendre encore plus de poids. On sait aussi qu'une perte de poids par suite d'un régime implique une perte de graisse, mais aussi de muscle, donc une augmentation de la difficulté à faire de l'activité physique, et donc une diminution de la dépense (McCarthy & Berg 2021). Dans un autre ordre d'idées, les disparités sociales dans la distribution de l'obésité au sein de la population indiquent que les familles pauvres ont moins facilement accès à une nourriture variée et de qualité ; or les personnes obèses sont discriminées dans le parcours professionnel et social, sur la base d'un raisonnement qui veut qu'elles soient responsables de leur état (« ils/elles ne font pas d'efforts »). Parmi les personnes peu ou pas diplômées, 14,3% sont obèses et 33,5% en surpoids, contre à peine 5% d'obèses et 19% en surpoids chez les personnes diplômées (Poulain 2009). Or, si les personnes défavorisées sont maintenues dans la pauvreté par cette discrimination liée à leur aspect, elles sont également maintenues dans les conditions de vie qui favorisent l'obésité qui les discrimine.

Dans ce contexte, la chirurgie bariatrique est une solution qui est de plus en plus souvent envisagée dans les cas les plus sévères. Toutefois émerge dans la littérature le problème de l'impact de la chirurgie de l'obésité sur

² Direction générale du Trésor, Lettre n° 179, septembre 2016.

En ligne : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/90846524-d27e-4d18-a4fe-e871c146beba/files/1f8ca101-0cdb-4ccb-95ec-0a01434e1f34>

³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parcours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf

⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16106>

l'équilibre personnel des patients. Ainsi, plusieurs publications signalent une augmentation de l'abus d'alcool ou de traitements anxiolytiques ou antidépresseurs après certaines interventions (Arterburn & al. 2014, Courcoulas & al. 2014). Il apparaît aussi des alertes sur l'existence d'un risque accru de suicide après chirurgie comparativement à la population générale ou aux patients obèses non opérés (Lagerros & al. 2017, Neovius & al. 2018).

Avant donc d'envisager une solution qui, certes, fait ses preuves sur un plan strictement biomédical, mais qui peut avoir sur l'économie globale de la personne des effets secondaires dont on ne mesure pas bien la portée, on voit qu'il faut bien considérer l'hypothèse d'une organisation systémique globale de cette pathologie.

L'ÉTUDE KEEPHEALTHYKIDS (2013-2016)

L'étude que nous avons réalisée entre 2013 et 2016 permet d'identifier précisément une partie de cette dynamique, celle qui se joue autour de l'enfant et de sa famille.

Nous avons participé à un projet de recherche sur 36 mois intitulé KeepHealthyKids⁵, qui visait à réaliser un ensemble d'applications en ligne, dont un serious game à visée de sensibilisation, à destination d'un public d'enfants en surpoids et obèses et leurs familles. Les difficultés de nos partenaires privés à réaliser des applications numériques qui eussent effectivement suscité l'intérêt des enfants et de leurs parents et obtenu des effets, sont en elles-mêmes une source d'enseignements (Arambarri & al. 2015, Druzhinenko-Silhan & al. 2014, Druzhinenko-Silhan & Schmoll 2015, 2016).

Dans le cadre de ce projet, notre mission était en effet de réaliser une enquête sur les facteurs individuels et familiaux qui influent sur la prise de poids chez les enfants, et de préparer ainsi le terrain à la réalisation du gameplay du jeu vidéo. L'enquête consistait en un entretien semi-directif, accompagné de tests psychologiques (dessins et test de Rorschach), avec des enfants de 7 à 10 ans ayant un IMC au-dessus du couloir de la norme sur les courbes de croissance, ainsi qu'un entretien avec leurs parents. L'échantillon comportait une trentaine de familles en Alsace, suivies par des réseaux de prise en charge de l'obésité. L'enquête a été complétée par l'analyse de 120 dossiers de suivi médical informant sur les habitudes alimentaires, les activités sportives et l'environnement de l'enfant. 69 de ces dossiers ont été retenus en fonction de nos critères de sélection pour l'étude en question : enfants âgés de 7 à 10 ans au moment de l'accueil dans le réseau, et suivis dans ce dernier au moins jusqu'à une synthèse à 6 ou 12 mois.

L'effectif des échantillons, tant des entretiens que des dossiers, est limité. Il concernait par ailleurs uniquement une population résidant en Alsace. Certains résultats sont cependant suffisamment saillants pour fournir des hypothèses de travail utiles pour l'orientation d'études ultérieures.

Le fait qu'il s'agissait de familles accueillies dans les réseaux de prise en charge de l'obésité, et qui acceptaient le suivi, constitue également un biais, car on doit supposer que les parents qui ont entrepris ou, du moins, accepté une démarche visant à améliorer l'état de santé de leur enfant sont davantage conscients que d'autres qu'il faut changer quelque chose. Un grand nombre de familles qui éludent ce suivi échappent à notre étude. Mais, précisément, on peut faire l'hypothèse que certains des résultats que nous avons observés, déjà sensibles chez les enfants de nos échantillons, ont des chances d'être a fortiori accentués dans la population d'ensemble des familles en surpoids et obèses.

L'étude était donc centrée sur les enfants d'une tranche d'âge assez resserrée et leurs parents. Il n'est pas inintéressant de préciser qu'au début, nous envisagions de nous intéresser à l'ensemble des jeunes n'ayant pas achevé leur croissance, avec en ligne de mire l'objectif thérapeutique généralement visé dans le cas des enfants et

⁵ Ce programme européen du réseau LEAD ERA associait un consortium de laboratoires publics et d'entreprises du numérique, français et espagnols, en vue de réaliser un ensemble d'applications en ligne, dont un serious game, à destination des enfants de 7 à 10 ans en surpoids et leurs familles, visant à les informer et à les inciter à mieux manger et à effectuer davantage d'activités physiques. Notre propre contribution, dans le cadre à l'époque d'une unité mixte de recherche CNRS/Université de Strasbourg aujourd'hui disparue, était financée par la Région Alsace et le FEDER. Les réseaux alsaciens de prise en charge de l'obésité infantile (ODE à Mulhouse, RCPO à Obernai, RéDOM Jeunes et PRECCOSS à Strasbourg) se sont associés à cette étude en nous permettant de rencontrer les familles et en nous donnant accès à un ensemble de dossiers médicaux préalablement anonymisés.

adolescents, qui est de stabiliser la courbe de poids, pas de réduire ce dernier. Mais nous avons rapidement dû admettre que les problématiques sont aussi différentes entre les enfants et les adolescents qu'entre ces derniers et les adultes. Les enfants ne sont pas encore pris dans la puberté et ses effets sur le changement objectif du corps, et sur l'image de soi dans le regard de l'autre sexuellement investi. Les systèmes motivationnels ne sont pas les mêmes, les libertés et les moyens de les satisfaire, les possibilités de choix de sorties, de communication avec les amis et l'extérieur de la famille, etc. ne sont pas les mêmes. Les concepts de jeux que nous devons anticiper pour nos partenaires étaient de ce fait différents eux aussi. Nous nous sommes donc limités aux enfants d'âge scolaire avant la puberté. Mais ce choix lui-même, il faut le souligner pour la suite de notre propos, s'il est justifié méthodologiquement, est cependant producteur d'une occultation partielle du champ : car il revient à travailler sur une tranche d'âge qui a ses propres caractéristiques et se présente comme un état stable, laissant à d'autres chercheurs le soin d'étudier d'autres tranches d'âges (adolescence, jeune adulte poursuivant des études, adulte en activité professionnelle, etc.). Et surtout, cette focale sur un état stable, que ce soit l'obésité infantile ou l'obésité à l'adolescence, distrait le regard de ce qui se passe entre deux états : les processus de transformation et de bascule d'un état vers un autre.

L'ANALYSE DES DOSSIERS MÉDICAUX

69 dossiers d'enfants de 7 à 10 ans accueillis dans des réseaux de prise en charge ont donc été dépouillés. Ces dossiers comprennent plusieurs questionnaires, sur les habitudes alimentaires, sur la pratique sportive, et sur l'estimation du bien-être de l'enfant. Ils visent à reconstituer l'histoire de la prise de poids, les antécédents familiaux, d'éventuels événements que les parents, interrogés sur ce point, considèrent comme ayant pu déclencher la prise de poids. Une partie est remplie par les parents au moment de leur pré-inscription dans le réseau, la suite est informée par le pédiatre, le diététicien, le psychologue et l'assistant social.

L'échantillon comprenait davantage de filles (41) que de garçons (28). Cette disparité ne veut pas dire que les garçons sont moins nombreux à présenter un surpoids, mais plus probablement que l'obésité de leur garçon, avant 10 ans, préoccupe moins les parents qu'une obésité de leur fille. Ce point est déjà indicateur que l'incitation à entreprendre une démarche de changement va fortement dépendre des parents, et davantage du regard que les parents supposent des autres sur leur enfant que du ressenti que l'enfant a de lui-même. Mais il est vrai, aussi, comme nous le précisons plus loin, que les garçons à cet âge voient moins d'inconvénients à leur poids que les filles, car il leur confère un avantage concret en cas de bagarre avec leurs pairs. Cette disparité garçons-filles dans la préoccupation pour leur physique va évoluer à la puberté.

Les dossiers font apparaître, sans surprise, que ces enfants mangent plus qu'il n'est nécessaire. Ils sont 4 sur 5 à se resservir à table. Entre les repas, ils grignotent. Les tentatives de restreindre leur prise alimentaire révèle une intolérance à la frustration sur ce point. Ils sont 2 sur 5 à se mettre en colère dès qu'on leur refuse ce qu'ils veulent manger. Il y a là une zone de conflit potentiel, confirmée par nos entretiens avec les familles, ainsi que par les pédiatres, diététiciens et psychologues avec qui nous nous sommes entretenus : les parents n'arrivent pas bien à gérer cette opposition de/à leur enfant, qu'ils préfèrent contourner, précisément en ne lui refusant rien au niveau alimentaire.

Cette difficulté indique une difficulté plus générale à dire non et à frustrer leur enfant. Tout en étant informés et en accord avec les conseils diététiques qui leur sont donnés, les parents n'arrivent pas à les mettre en place, soit parce que cela leur demande un effort, soit (et surtout) parce que cela implique d'entrer en conflit avec l'enfant. Au cours des entretiens, un père nous dit : « Je sais que c'est mauvais que mon fils regarde la télé pendant le repas, mais je sais que comme cela ma femme est tranquille et puis mon fils aussi. Une fois j'ai essayé d'éteindre la télé, il a commencé à hurler et je l'ai pas supporté. Je ne supporte pas ses colères... ». Dans une autre famille, les parents se plaignent que leur fille mange trop de sucreries, et notamment de brioches. Ils la réprimandent régulièrement sur ce point, tout en laissant en permanence sur la table un panier de brioches. Ils estiment que c'est à leur fille d'apprendre à se contrôler, et non aux autres membres de la famille de se priver. Leur fille est donc supposée s'autodiscipliner : n'oublions pas qu'elle a neuf ans...

Manger est donc important. Mais quand on leur demande pourquoi ils mangent autant, il leur est difficile de décrire leur ressenti. 7 sur 10 n'arrivent pas à faire la différence entre « avoir faim » et « avoir envie ». La faim est donnée comme raison de manger par 8 enfants sur 10, et la gourmandise par 7 sur 10 (3 sur 10 ont envie de

manger dès qu'ils passent devant de la nourriture). Ils sont également près d'un quart à déclarer qu'ils mangent parce qu'ils s'ennuient.

Le surpoids est également à mettre au compte d'une activité physique insuffisante. Près de deux tiers des enfants vont à l'école à pied, ce qui serait un signe encourageant si l'on n'apprenait que, dans ces cas, leur trajet ne prend pas plus de dix minutes. Si le trajet à pied doit durer plus de dix minutes, on utilise la voiture.

On verra dans les entretiens pourquoi, mais ces enfants sortent peu. Pourtant, quand on leur pose la question, ils déclarent aimer les sorties et ils sont 4 sur 5 à répondre qu'ils aiment faire du sport. Mais cette affirmation doit être interprétée avec prudence. Quand on leur demande pourquoi ils aiment faire du sport, on découvre que 7 enfants sur 10 le font d'abord pour s'amuser, et que pour plus de la moitié, faire du sport, c'est être avec des amis. Le fait de prendre soin de sa santé (qui est une préoccupation d'adultes), ou la dépense physique qui devrait être le but de « faire du sport », ne viennent à l'esprit que d'un peu plus d'un tiers d'entre eux.

Il y aurait lieu de se demander ce que l'enfant entend par « faire du sport ». Les entretiens confirment que s'ils se retrouvent avec des copains (ce qui est le but) sur le terrain de foot et avec un ballon, même si ce n'est que pour discuter, ils « font du sport ». Les indicateurs de durée d'activité physique et d'inactivité au cours de la semaine sont à cet égard instructifs. Ils sont 40 sur 63 dossiers renseignés à avoir bougé moins de 7h par semaine (trajets à pied ou à vélo, récréation, jeux et sport à l'école, activités sportives dans un club, activités physiques à la maison telles que faire son lit, etc.). Ils sont, a contrario, 29 sur 59 dossiers renseignés à estimer leurs activités sédentaires (hors école) à plus de 14h par semaine (télévision, ordinateur, jeux vidéo, musique, lecture, etc.).

La partie du dossier de suivi consacrée à l'évaluation du bien-être de l'enfant par lui-même est sans doute la plus intéressante, et permet de remettre en perspective les résultats précédents. Car, si les enfants ne saisissent pas bien la différence entre faim et gourmandise, s'ils ne comprennent pas qu'ils mangent trop, s'ils pensent qu'ils font assez d'activité physique, pourquoi consultent-ils ? Le fait est qu'essentiellement, ils ne voient pas pourquoi : ce sont les autres, les parents, les éducateurs, les soignants, qui les y poussent. Cette méconnaissance de leur pathologie est évidemment entretenue au prix d'une représentation particulièrement fictionnelle d'eux-mêmes et de leur situation.

Ils ne sont que 11 enfants sur les 69 à avoir exprimé une demande explicite d'aide dans le but de perdre du poids. Nos propres entretiens nous confirment que rares sont les enfants qui se souviennent spontanément des raisons pour lesquelles ils sont accueillis dans le réseau de prise en charge. Dans les entretiens avec les pédiatres, ils sont pourtant près de la moitié à dire qu'ils souffrent des moqueries de leurs camarades. 28 enfants sur 69 (soit 4 sur 10) aimeraient changer quelque chose dans leur corps, et 19 pour pouvoir faire du sport plus facilement. Mais ces affirmations suggèrent que ce sont des contraintes extérieures, le regard des autres, plutôt qu'un désir propre, le regard qu'ils ont sur eux-mêmes, qui les pousseraient au changement. À leur âge, le corps ne pèse (si l'on peut dire) pas encore autant qu'il va le faire à l'adolescence sur leur construction subjective (Cohen-Salmon & Rebelo 2020).

En effet, leur image du corps, telle qu'elle s'exprime dans un questionnaire d'auto-évaluation administré à 43 d'entre eux, est plutôt positive. En réponse à la question « Quand je réfléchis sur moi-même et que je pense à mon corps, je me sens... », ils sont 33 sur 43 (soit 4 sur 5) ayant répondu à se sentir « bien » ou « plutôt bien ». Et à la question « Je me trouve... », ils sont autant à répondre « beau/belle » ou « plutôt beau/belle ». De manière encore plus remarquable, ils sont 42 sur 43, soit presque tous, à penser que les autres ont aussi une image positive d'eux (question : « Je pense que mes proches et mon entourage ont une image de moi... »).

Dans nos propres entretiens, nous posons la question : « Et si je te dis de ne pas penser à ce que les autres te disent sur ton poids, est-ce que tu trouves qu'il faut changer quelque chose ? ». La réponse est le plus fréquemment : « Non ».

On peut donc penser que le corps de l'enfant obèse est le symptôme d'une souffrance, mais ce n'est, la plupart du temps, pas de son poids que l'enfant lui-même souffre. Il aurait même plutôt tendance, si l'on veut bien donner tous ses sens à l'expression, à se considérer « en pleine forme ». Ce sont les autres, ses camarades, ses parents, les éducateurs et les soignants qui ne le voient pas tel qu'il se ressent et qui le poussent à changer, dans une direction qu'il trouve contraignante. Les autres peuvent lui renvoyer une image négative de lui, mais qui n'est pas

celle qu'il se fait de lui. Et cette représentation qu'il a de lui, ainsi que le montrent les réponses au questionnaire, résiste même assez bien à ce retour négatif, au prix, bien sûr, d'un certain déni de sa part.

Comme dit plus haut, le surpoids peut même présenter un avantage dans certaines situations, surtout pour les garçons, car dans un affrontement physique, l'adversaire peut se retrouver immobilisé au sol par un combattant massif dont il aura du mal à se dégager.

Cette image positive de soi va évidemment évoluer à la puberté, à mesure que l'opinion des pairs, et notamment de l'autre de l'autre sexe, deviendra plus importante pour le/la pré-adolescent-e, puis l'adolescent-e, et qu'il/elle tendra à l'intérioriser. Mais avant 10 ans, les soignants et les éducateurs doivent tenir compte de cette capacité de résistance que la représentation de soi oppose au changement.

LES ENTRETIENS CLINIQUES

Les entretiens ont été proposés aux enfants et parents de 30 familles, mais seuls 19 enfants (14 filles et 5 garçons) et 17 parents ont accepté l'ensemble du protocole, qui comprenait un entretien avec les parents, un entretien avec l'enfant, un test de Rorschach, et les tests de dessins (dessin du bonhomme, dessin de la famille réelle, dessin de la famille idéale). 2 parents qui avaient accepté dans un premier temps ne sont pas revenus pour l'entretien.

Les entretiens fournissent quantité de données utiles pour comprendre la dynamique familiale de ces familles. Pour ne retenir ici que l'essentiel, on dira qu'il s'agit de familles très soudées par un mode de vie qui s'auto-entretient à la manière d'un système homéostatique.

Les parents aiment leurs enfants et réciproquement, l'attachement est fort, la maltraitance est absente du côté des parents, et l'expression de la violence pareillement du côté des enfants. Mais ils les aiment sous une forme qui a sa contrepartie :

1. L'attachement se manifeste par une difficulté des parents (de la mère ? c'est le plus souvent elle qui parle) à voir leur enfant s'éloigner physiquement. Les parents sont inquiets à l'idée de laisser leurs enfants sortir seuls. Des légendes urbaines sont reprises pour donner corps à cette inquiétude : on a entendu parler d'enfants enlevés dans le quartier, pour des motifs aussi divers qu'horribles (pédophilie, ventes pour adoption, commerce d'organes). Au-delà d'un certain périmètre autour du domicile, les parents accompagnent donc leurs enfants. Mais les sorties en famille sont rares, et les sorties sportives en famille encore plus rares. L'enfermement à la maison, devant la télévision ou les jeux vidéo, devient ainsi le facteur le plus apparent de la prise de poids, mais qui est surtout l'expression visible d'un mode de vie familial, voire d'une structure, impliquant l'immobilité et le repli sur la sphère privée.

2. La violence est absente dans ce mode de vie, de part et d'autre, mais le conflit, également, est évacué. Les parents ont beaucoup de difficulté à gérer les différends, les disputes, à supporter les colères qu'implique nécessairement, dans l'exercice de la fonction parentale, le fait d'interdire à l'enfant de faire tout ce qu'il veut. Ils mettent en avant une éducation souple, comptant sur le raisonnement et l'autodiscipline de la part des enfants, y compris à un âge où les enfants ont besoin d'être limités par des tiers (cf. l'exemple des brioches plus haut).

Différentes recherches (Beck & Terry 1985, Banis & al. 1988, Lissau & Sorensen 1994) ont souligné que les familles d'obèses comparées aux familles sans obésité sont caractérisées par un nombre plus important de conflits. Ce point semble contredire ce que nous avançons ici, il s'agit donc de préciser de quoi l'on parle en utilisant les termes de « différend », « conflit » ou « violence ». Les parents et les enfants peuvent se disputer à l'occasion d'un désaccord : on élève la voix, on crie, on claque les portes. L'expression verbale et émotionnelle de la colère, surtout si elle est fréquente, peut être considérée comme « violente » par l'observateur, et effrayer les protagonistes eux-mêmes. Mais, d'une part, si le différend ne va pas jusqu'aux atteintes physiques, c'est que le conflit est maintenu à l'intérieur de limites qui sont celles de l'expression des émotions, voire de l'usage manipulateur qui peut en être fait dans une négociation. D'autre part, mettre ainsi en scène le différend, en le faisant porter sur un objet métonymique, ici la nourriture, permet d'éviter les motifs qui seraient alors ceux d'un vrai conflit, pouvant porter la cellule familiale à se disloquer : l'envie de chacun de sortir, voir des amis, pouvoir dire à ses parents qu'ils ne sont pas les seuls que l'on aime. Or, ce conflit-là est structurant pour l'individu.

Cette difficulté est répandue de nos jours, y compris dans des familles qui ne sont pas frappées par les problèmes de surpoids et d'obésité. Dans les familles du système-obésité, l'alimentation va jouer un rôle de médiation. Là où l'absence d'interdit serait destructurante pour l'enfant dans d'autres familles, car source d'angoisse et de conduites violentes ou pathologiques, la fuite du conflit, conjuguée avec la nécessité de pourtant maintenir une zone minimale de différends où s'expriment les désaccords, les discussions et les négociations, va conduire à restreindre l'interdiction et la conflictualité à une zone de conflit potentiel définie autour de la nourriture. Partout ailleurs, l'enfant est obéissant (il accepte de ne pas sortir, alors que dans les questionnaires, la plupart des enfants déclarent souhaiter sortir, être avec des amis). Mais sur la prise de nourriture, il sait qu'il a une sorte de droit à la transgression (et il se met en colère si l'on commet l'injustice de vouloir le restreindre).

Le choix de l'alimentation comme zone de fixation des conflits suspendus est facilité par le contexte social des familles : les parents ont des revenus modestes, les deux travaillent parfois, ils n'ont pas le temps de faire des courses sélectives, de préparer des repas élaborés, ni le temps d'accompagner leurs enfants dans leurs activités physiques, ils ont une ouverture culturelle limitée qui ne les porte pas à sortir ensemble pour des activités culturelles. Ils restent donc chez eux.

Mais ce schéma procède aussi d'une transmission générationnelle. Nos chiffres confirment les résultats de recherches précédentes qui établissent l'importance des antécédents familiaux (Etiévant & al. 2010) : dans la majorité des dossiers médicaux étudiés, l'enfant en surpoids a un ou les deux parents qui sont en surpoids. 25 pères sur 65 sont en surpoids et 27 sont obèses (soit 80% au total). 17 mères sur 67 sont en surpoids et 25 sont obèses (soit environ 61% au total).

Le schéma est suffisamment résistant pour que les parents reconnaissent les mauvaises habitudes alimentaires, tout en ayant du mal à appliquer les conseils qui leur sont donnés. Ils attendent l'intervention d'un tiers, substitut de leur autorité, qui fera bouger leur fonctionnement, mais sous condition que cela implique peu d'effort de leur part. Si l'intervention menace l'homéostasie du système, ils la déclineront.

Les enfants, de leur côté, ne considèrent pas leur surpoids comme un problème. Ils ne voient pas de motif à s'engager dans une démarche de changement.

UN SYSTÈME EN APPARENCE HOMÉOSTATIQUE

En résumé, ces données suggèrent un fonctionnement homéostatique, qui oppose une forte résistance au changement. Rappelons-en les différents traits :

Les dossiers de suivi en réseau d'accueil font ressortir que :

- les garçons sont moins souvent présentés en consultation que les filles : le surpoids leur confère possiblement un avantage compétitif vis-à-vis de leurs pairs ;
- ce sont des enfants qui mangent trop et réagissent mal à la frustration alimentaire, et les parents ont des difficultés à s'opposer à eux ;
- ce sont des enfants qui bougent peu, sortent peu, bien qu'ils en expriment l'envie ;
- ils ont une image plutôt positive d'eux-mêmes et de leur socialité, au prix d'un déni ;
- ils ne sont donc pas, à cet âge, demandeurs de maigrir, et ne voient pas l'intérêt de faire un effort pour suivre un protocole dans ce sens.

Les entretiens font ressortir :

- des familles soudées, qui évitent les conflits qui pourraient menacer la cohésion du groupe ;
- une difficulté des parents à voir leurs enfants s'éloigner ;
- des familles qui sortent peu et ont tendance à se replier sur des loisirs sédentaires et passifs (télévision, jeu vidéo) ;
- une gestion originale des conflits par la mise en scène de l'interdit, de sa transgression et du différend sur un objet métonymique : la nourriture.

On doit ajouter à ces caractéristiques celles qui se déduisent de l'évolution de la prise en charge, telle qu'en témoignent également les professionnels des dispositifs : le groupe familial tend à se replier sur cette psychodynamique qui entretient l'absence d'activité physique et encourage la prise alimentaire. La demande de consultation, quand elle vient des familles, est certes un appel au tiers, mais qui part du constat par les parents de l'inefficacité de leur propre parole et prend la forme démissionnaire du « dites-lui, car moi il ne m'écoute pas ». Dès que l'intervention du professionnel implique un effort, et a fortiori si elle interroge l'homéostasie du système, parents et enfants resserrent les liens qui les attachent les uns aux autres et protègent leur groupe familial des intrusions extérieures : les rendez-vous sont annulés, les instructions diététiques et autres recommandations sont oubliées. En 1986, une autre investigation (Harkaway 1986) mettait en évidence que les frontières au sein de la famille avec obésité ont tendance à être diffuses, tandis que les frontières entre la famille et le monde ont tendance à être rigides.

On pourrait, à partir de là, être tenté d'adopter une démarche d'attaque frontale de ces caractéristiques en vue de changer le mode de vie des familles. Une telle approche, normative, impliquerait de travailler avec les parents pour leur apprendre à tenir le cadre éducatif, en substance, à être capable de dire « non » à leur enfant. C'est une entreprise de longue haleine, qui va à contresens des tendances actuelles en matière d'éducation au sein de la famille. On sait que nombre de parents, et pas seulement chez les familles d'enfants en surpoids, ont du mal à installer les interdits, qui impliquent d'entrer en conflit avec l'enfant.

C'est également une entreprise qui se heurte à la résistance systémique du mode de vie familial. Or, la plupart des recherches et des pratiques impliquant une approche psychologique de l'obésité admettent aujourd'hui une perspective systémique. Hilde Bruch, dès ses premiers travaux dans les années 1940, soulignait déjà l'importance du système familial (Bruch 1973, Bruch & al. 1940). Même pour les tenants d'une approche psychanalytique, il est inadéquat de voir l'obésité comme une pathologie individuelle : elle doit être pensée en lien avec l'organisation de la famille (Sanahudja & Cuyenet 2011).

Nos recherches confirment cependant que l'obésité infantile dessine un système familial à la fois fermé et stable, contribuant à une pathologie également stable. Comme le signalent les chiffres cités plus haut, plusieurs décennies de prise en charge des enfants en surpoids, dans des approches diverses, biomédicales, éducatives ou thérapeutiques, qu'elles soient systémiques ou non, n'ont pas empêché la progression de ce qui est désormais considéré comme une pandémie.

En pratique, donc, envisager une approche de prévention ou de traitement de l'obésité, c'est élaborer une stratégie qui recherchera les angles de moindre résistance au changement. Dans cette perspective, notre première option, dont se soutenait le programme KHK, a été de plutôt travailler à partir de ces caractéristiques de la dynamique familiale, en les acceptant, éventuellement en les utilisant. C'est ce qui a conduit à l'idée d'une approche par le jeu, s'adressant au principal intéressé, l'enfant.

L'APPROCHE PAR LE JEU ET SES LIMITES

Les enfants, on l'a vu, ne sont pas demandeurs de changement, ils n'ont pas une mauvaise perception de ce qu'ils sont. Ils ne cherchent pas à maigrir, à mieux manger ou à faire de l'exercice. Ils veulent bien, par contre, jouer et se faire des amis. Proposer de jouer plutôt que de suivre un programme éducatif et/ou thérapeutique était à la fois adapté stratégiquement et au plan éthique.

Le programme KHK visait en effet à développer des outils pour l'accompagnement des enfants en surpoids et obèses, notamment en utilisant les ressorts du jeu (Druzhinenko-Silhan & al. 2014, Thomson 2014). Nos résultats devaient informer les partenaires du consortium chargés d'élaborer, parmi d'autres applications, un serious game devant inciter les enfants, de manière ludique, à manger mieux et à bouger plus. Un état de l'art du domaine (Arambarri & al. 2015) montrait qu'il existait déjà un certain nombre de jeux vidéo de sensibilisation et d'information, ainsi que des « exergames » (activités physiques proposées dans le cadre d'un serious game), dédiés au public des enfants et adolescents en surpoids.

Ces jeux impliquaient cependant une prise de conscience de son surpoids par l'enfant et un souhait de changer, préalable dont notre étude établissait la faible probabilité. La plupart des jeux de sensibilisation et d'information faisaient l'hypothèse qu'une explication raisonnée est de nature à motiver les intéressés. Les

exercices, même ludiques, impliquaient un effort, et surtout une constance dans cet effort sur plusieurs mois, et donc une forme d'engagement soutenu. Certaines de ces applications ludiques enregistraient des résultats positifs dans des évaluations effectuées à moins d'un an. Mais les évaluations sur le long terme faisaient défaut, alors que l'on sait que le risque de rechute dans les quelques années qui suivent une cure d'amaigrissement est très élevé (Wadden 1993).

Il s'agissait donc de réaliser un jeu qui engage l'enfant dans un parcours de changement sur au moins deux ans. Concevoir un programme éducatif et d'exercices sur une telle durée, en s'étayant sur des motivations de plaisir plutôt que de contrainte, amenait alors l'idée de concevoir un univers ludique « persistant » en ligne (Schmoll 2008, 2010), c'est-à-dire vaste, divers et durable, dans lequel l'enfant pouvait rencontrer d'autres joueurs. Par ailleurs, « l'arène » du jeu, pour reprendre une terminologie de game-design, devait ne pas rester virtuelle mais impliquer la nécessité de sortir de chez soi, pour mobiliser l'activité physique.

L'idée allait à la rencontre des souhaits exprimés par les enfants, toutefois elle se serait heurtée à nouveau aux réticences des parents, dont à nouveau notre étude pronostiquait qu'ils auraient du mal à voir s'échapper leur progéniture dans des espaces qu'ils ne seraient pas sûrs de contrôler. À l'époque, les enfants en question ne disposaient pas de téléphones portables, ni d'accès Internet sur un ordinateur. Les technologies évoluent, de même que les usages : il faudrait vérifier ce qu'il en est aujourd'hui, presque dix ans après.

L'ENFANT COMME AGENT DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME

Notre approche, avec le recul, est de désormais considérer l'obésité comme un système global : c'est une pathologie de l'individu, intégrant des processus biologiques, psychologiques, relationnels et sociaux, mais aussi une pathologie de la famille (qui entretient un mode de vie et des habitudes alimentaires), et une pathologie de la société (qui produit l'obésité, comme le montre l'évolution pandémique de ce problème). Davantage d'ailleurs que d'une approche en termes de pathologie, on devrait avoir sur l'obésité un regard anthropologique, car elle s'inscrit dans une évolution de l'espèce humaine dans son entier depuis plus d'un siècle. Pour la première fois dans leur histoire, les humains meurent moins de famine que de trop et mal manger. Les organismes humains, comme ceux de la plupart des mammifères, sont aptes à supporter des périodes de disette et à stocker pour cela des réserves quand il y a de quoi se nourrir. Ils ne font aujourd'hui que s'adapter à des conditions inédites d'abondance.

Le sujet considéré individuellement (l'enfant pour ce qui nous occupe ici) est donc captif de ce système global qui comprend son organisme, avec sa génétique et ses boucles homéostatiques, son milieu familial avec sa psychodynamique propre, ses appartenances à des collectifs, une classe sociale, une culture, avec leurs habits. Sa structure psychique s'arrange de l'ensemble.

Nous observons que ce système, intégrant des niveaux enchâssés les uns dans les autres (biologique, psychique, relationnel, social...) oppose de fermes résistances au changement : les interventions psychothérapeutiques, éducatives, de sensibilisation qui s'y attaquent frontalement se voient opposer des refus, des rendez-vous manqués, des amorces de travail sans suites. Les interventions qui forcent ces résistances, comme la chirurgie, prennent le risque de décompensations car elles détruisent une économie globale, dans laquelle l'obésité a une fonction, même si celle-ci est pathologique. Les indicateurs de ce fonctionnement systémique sont les multiples hystérésis se manifestant aux différents niveaux : reprise de poids après une perte suite à un régime, reprise des habitudes alimentaires, reprise des habitudes du milieu familial après qu'il s'est fermé aux tentatives extérieures de le changer...

L'image générale que nous pouvons nous faire en première approche de ce fonctionnement est celle d'un système homéostatique qui se verrouille pour assurer sa stabilité : stabilité des indicateurs de la surpondération, fonctionnement probable de l'organisme autour d'une homéostasie particulière, stabilité des habitudes alimentaires et des activités quotidiennes qui concourent au surpoids, stabilité de la dynamique familiale autour de sa clôture, stabilité des fonctionnements psychiques individuels.

En matière d'intervention, la stratégie la plus pertinente est d'approcher un tel système par les niveaux qui sont le plus susceptibles de changer. Mais précisément, quels sont-ils, si l'on admet la forte homéostasie du système en question ?

Les transformations suite à un changement de régime alimentaire ou une activité physique ne se stabilisent qu'après trois ans, sinon la reprise de poids est rapide. Des mécanismes métaboliques font en sorte qu'il y a une résistance à la perte intentionnelle de poids et une tendance de l'indice de la masse corporelle à revenir à l'état d'obésité. Avec une restriction de l'apport et une consommation intentionnelles d'énergie par un régime et des exercices, les niveaux tant d'insuline que de leptine baissent et les processus métaboliques sont déclenchés pour revenir au poids originel. La perte de poids pourrait même accroître la mortalité chez les personnes dont l'obésité n'est pas pathologique (Bosomworth 2012), car elle peut être associée à une dépression (Verger & al. 2008).

Il y a également peu à attendre de la dynamique familiale, alors même que les approches systémiques invitent à prendre en compte l'ensemble de la famille. À l'intérieur de la famille, les parents, eux-mêmes obèses ou non, sont des adultes qui ont tendance à demeurer sur le fonctionnement qui est le leur, même s'ils ont le souci de la santé de leurs enfants.

Il n'est pas sûr non plus qu'il faille attendre beaucoup de la société au sens large, car même si les instances médicales nationales et internationales alertent régulièrement sur les dangers de cette pandémie et sont à l'initiative de solutions institutionnelles, l'obésité mondiale est aussi le produit d'un complexe économique qui mettra du temps à se remettre en question et à évoluer.

Ce sont bien en définitive les enfants qui sont le maillon souple du système, celui par lequel ce dernier peut évoluer. Parce qu'il est un être fragile et en évolution, l'enfant est à la fois le symptôme du fonctionnement de l'ensemble, celui qui est le plus sévèrement mis à contribution, et celui dont le potentiel adaptatif et évolutif est le plus important : pour lui-même, et par contrecoup pour le système dans son entier. C'est lui qui sensibilise la société à l'étendue du problème, c'est lui que les parents amènent en consultation, c'est lui qui expose le fonctionnement de la famille. Mais c'est peut-être aussi lui qui, en se libérant des dysfonctionnements qui pèsent sur lui, va perturber la stabilité du système global, obliger ce dernier à changer, à trouver d'autres solutions de stabilité.

Dès lors, les possibilités de faire évoluer le système-obésité amènent à considérer celui-ci sous un angle intéressant, autre que celui de l'homéostasie stricto sensu, c'est-à-dire du maintien ou du retour à un état d'équilibre présenté comme unique. En effet, les enfants sont les agents de changements du système parce qu'ils évoluent. Non pas de leur propre vouloir (nous avons souligné qu'ils ne sont pas portés spontanément à changer) mais parce que leur biologie les y contraint. Le processus de croissance les fait franchir des paliers entre des âges de la vie correspondant à des fonctionnements, des organisations psychiques et relationnelles très différentes : enfance proprement dite, préadolescence, adolescence, jeune adulte. La puberté en particulier bouscule l'homéostasie autour de laquelle s'installe l'enfant obèse : l'obésité de l'enfant n'est pas la même que celle de l'adolescent, les bénéfices que l'enfant pouvaient tirer de son surpoids sont remis en question sous la pression des modifications hormonales, de nouveaux désirs, du regard des garçons et des filles les uns sur les autres et sur eux-mêmes. L'obésité peut donc se lire comme un système dynamique qui présente plusieurs états d'équilibre successifs. C'est cette perspective que désigne le terme « homéodynamique ».

LE MODÈLE HOMÉODYNAMIQUE

Approcher l'obésité en tant que système dynamique conduit à ne pas s'intéresser qu'aux processus qui assurent l'homéostasie, et donc la stabilité apparente du système, mais aussi ce qui le fait basculer d'un état d'équilibre vers un autre. La notion de système homéodynamique réfère à un concept que nous importons de l'écologie systémique, celui des « états stables alternatifs ». Initialement proposé par Richard Lewontin (1969), ce concept a été développé dans ce champ par d'autres auteurs, dont Crawford Holling (1973), à qui est attribué le modèle « ball and cup ». Selon cette approche, l'équilibre d'un écosystème varie en fonction de ses conditions initiales, et son maintien dépend moins des conditions de l'environnement que de sa résistance aux perturbations et de sa résilience. Le système présente ainsi une stabilité propre, mais bascule de cet état stable vers un autre état à partir d'un certain seuil de perturbation. Le basculement se fait alors de manière discontinue.

Dans le cas du système-obésité, dès lors que sa pérennité dépend du développement des individus dans le temps, et que ce développement est irréversible, nous pouvons parler « d'états stables successifs ». L'organisation psychique et la dynamique familiale de l'individu peuvent présenter une résistance importante au changement,

mais l'individu, de même que son milieu familial et social, ne peuvent éviter les effets d'une série de perturbations majeures : le passage par différents âges de la vie, notamment pendant sa période de croissance, qui implique à chaque fois des remaniements biologiques et psychologiques.

Il existe peu de travaux en systémique précisément centrés sur les bascules entre états stables. Holling, dans le champ de l'écosystémique, attribue le manque de travaux théoriques au fait que les modèles s'intéressent plutôt aux états proches de l'équilibre, plus aisément mesurables, alors que plus on s'en éloigne, plus il est difficile de modéliser. Le même constat vaut pour les approches systémiques en général, qui s'intéressent davantage à l'homéostasie des systèmes qu'aux transformations des systèmes ou aux sauts d'un système à un autre. C'est ainsi que, dans le cas de l'obésité, on trouvera davantage de recherches organisées autour d'une classe d'âge : l'enfance, l'adolescence, parce qu'une population homogène manifeste des régularités qui permettent la mesure. De ce fait, on s'intéresse peu à ce qui se passe dans ce moment particulier qui est la bascule d'un état vers l'autre (en l'occurrence, d'un âge vers un autre). Or, il faudrait se concentrer sur les frontières entre états, et pas seulement sur le proche équilibre, pour pouvoir apprécier les états stables en tant que domaines d'attraction des uns par les autres, et ainsi mieux caractériser, non seulement ce qui résiste, mais aussi ce qui appelle, au changement.

L'un des effets de cette lecture de l'obésité comme système à états stables multiples est de nous faire entrevoir les biais que peuvent introduire, en science comme dans les politiques de santé, une approche trop centrée sur un seul domaine d'attraction du système. Les régularités propres à un état d'équilibre (une tranche d'âge) invitent à des programmes de recherche pareillement découpés par populations présentant des caractéristiques suffisamment proches pour être considérées comme homogènes et permettre la mesure. C'est ce qui nous a nous-mêmes guidés dans la délimitation de notre échantillon à l'époque du programme KHK. Les dispositifs de prise en charge sont ensuite tout aussi logiquement adressés à une certaine tranche d'âge, à laquelle sont proposées des interventions adaptées.

Ce mode de gestion par tranche d'âge d'un problème de santé doit sa pertinence aux caractéristiques incontestablement propres à chaque tranche d'âge. Mais on peut finir par en oublier l'intérêt d'une lecture longitudinale des processus courant du premier âge jusqu'à l'âge adulte. Et surtout, l'on est porté à s'attaquer au problème dans la période où il est stabilisé autour d'un état d'équilibre et oppose une plus forte résistance aux interventions, alors que les moments de bascule, de crise dans l'organisation générale du système, peuvent se présenter comme des opportunités, tant pour la recherche que pour l'action.

L'un de ces moments obligés de basculement nous semble devoir être étudié en priorité, c'est celui du passage de l'enfance à l'adolescence, avec les transformations biologiques et psychologiques importantes qu'implique la puberté.

La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie de 20 à 50 % avant la puberté, alors qu'elle atteint 50 à 70 % après la puberté (Fricke 1995, Lighezzolo, 1999, 2000). Cette différence, qui justifie une prévention dès l'enfance, signale surtout qu'une partie des enfants obèses ont cessé de l'être après la puberté. C'est donc que, soit l'obésité présente avant la puberté un état moins stable, plus aisé à approcher ; soit que c'est le passage de la puberté qui facilite une sortie possible du système de l'obésité. La première explication est peu probable, ainsi que nous l'avons déjà souligné : l'enfant avant la puberté est davantage captif des attentes des parents le concernant, des habitudes alimentaires familiales, de la fermeture de la cellule familiale : le système oppose une résistance plus ferme au changement autour de l'enfant qu'autour de l'adolescent, ce dernier ayant davantage d'opportunités de s'échapper. Ce serait donc bien plutôt la puberté elle-même qui provoquerait une bascule.

Dans ce moment de transition que constitue la puberté, l'ensemble du système tend logiquement à résister à la perturbation : la dynamique familiale, les sollicitations de l'environnement, l'organisation psychique elle-même du sujet poussent au maintien des habitudes alimentaires et de vie. Mais la perturbation est suffisamment puissante (et sans retour) pour que le système fasse l'épreuve d'un seuil au-delà duquel l'état d'équilibre de l'enfance est compromis. Certains passeront dans un autre état stable où l'obésité se poursuivra en se nourrissant (pour ainsi dire) d'autres paramètres. D'autres peuvent saisir l'occasion de sortir du système.

Nous pouvons citer en exemple le cas d'un garçon rencontré dans sa famille hors champ de la recherche, qui était obèse jusqu'à l'âge de 16 ans. Avec la puberté, le regard des autres, des filles en particulier, a fait pression

sur ses motivations à changer de silhouette. Il s'est inscrit dans une salle de sport pour pratiquer la musculation de façon intensive, et s'est façonné un corps d'athlète, large d'épaules et fin de taille. Son succès auprès des femmes s'en est clairement ressenti, modifiant certainement sa trajectoire ultérieure (il est marié avec des enfants et exerce une profession que, sans la citer, il n'aurait pu exercer en restant obèse). Nous ne saurions prétendre qu'il a résolu tous ses problèmes personnels, mais il a clairement basculé d'un système de vie dans un autre.

L'intervention à ce moment de sensibilité critique du système à la perturbation évoque la figure d'un affrontement en judo ou aikido au cours duquel les forces antagoniques équilibrent les positions, et où il s'agit pour chacun de rechercher le point de bascule autour duquel la puissance et le poids jouent moins que le choix du bon moment permettant de déséquilibrer l'adversaire.

CONCLUSION

En approche systémique, l'enfant est souvent présenté comme porteur du symptôme familial. À la décharge des parents, qui sont de ce fait désignés plus ou moins comme responsables, ces derniers ne font eux-mêmes que transmettre une organisation bio-psycho-sociale dont ils sont également captifs. On parle aussi parfois de l'enfant comme du « thérapeute » de la famille, pour cette même raison qu'il porte sur lui la charge du fonctionnement familial et permet au groupe de réaliser à ses dépens sa cohésion. Sans aller jusqu'à formuler les choses ainsi, on peut considérer l'enfant comme l'agent souple, adaptatif et évolutif, du système, celui sur lequel on peut intervenir dans son intérêt ET dans celui de ses parents. Et l'on peut supposer, en raisonnement systémique, que le fait pour lui de changer individuellement devrait logiquement avoir une influence en retour sur l'ensemble du système.

Ajoutons, pour compléter l'exposé, que cette approche homéodynamique trouve à s'appliquer aux autres moments de bascule d'un état d'équilibre du système vers le suivant. La puberté se présente comme une crise forte en raison de son retentissement biologique, mais d'autres étapes vers l'âge adulte sont également des transitions à considérer, davantage associées à des bouleversements de la vie relationnelle et sociale : les événements perturbant la vie familiale (décès, divorce, déménagement...), l'entrée à l'école, au collège, au lycée, et plus particulièrement l'entrée à l'université ou dans les établissements de formation post-baccalauréat, surtout si elle implique de quitter le foyer pour emménager dans son propre logement.

Références :

- Apfeldorfer G. (2002), *Je mange, donc je suis*, Paris, Payot.
- Arambarri J., de la Torre I., López-Coronado M. & Druzhinenko-Silhan D. (2015), Enhancing healthy habits among overweight and obese children through Serious Games: Review and Technical Analysis, *International Journal of Serious Games*, 2(2). <https://doi.org/10.17083/ijsg.v2i1.61>
- Arterburn D.E. & Courcoulas A.P. (2014), Bariatric surgery for obesity and metabolic conditions in adults, *The BMJ*, 349, g3961. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3961>
- Banis H.T., Varni J.W., Wallander J.L. & al. (1988), Psychological and social adjustment of obese children and their families, *Child Care Health Development*, 14, p. 157-175.
- Beck S., Terry K. (1985), A comparison of obese and normal-weight families' psychological characteristics, *American Journal of Family Therapy*, 13(3), p. 55-59.
- Bosomworth N.J. (2012), Les inconvénients de perdre du poids : Intervention réaliste dans la trajectoire pondérale, *Canadian Family Physician*, 58(5), p. e246-e253. French. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3352810/pdf/058e246.pdf>
- Bruch H. (1973), *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*, London, Routledge & Kegan Paul.
- Bruch H. & Touraine G. (1940). Obesity in childhood: V. The family frame of obese children, *Psychosomatic Medicine*, 2(2), p. 141-206. <https://doi.org/10.1097/00006842-194004000-00005>
- Cohen-Salmon J. & Rebelo T. (2020), Quel plaisir de jouer chez l'enfant agissant en âge de latence ?, *Enfances & Psy*, 85, p. 71-81. <https://doi.org/10.3917/ep.085.0071>
- Courcoulas A.P. & al. (2014), Long-term outcomes of bariatric surgery: a National Institutes of Health symposium, *JAMA Surg*, 149(12), p. 1323-29. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.2440>
- Druzhinenko-Silhan D., Podolskiy A.I., Podolskiy O.A., Schmoll P. (2014), Using videogames to treat childhood obesity, *Psychology in Russia: State of the Art*, 7(4), p. 51-64. <https://doi.org/10.11621/pir.2014.0405>

- Druzhinenko-Silhan D. & Schmoll P. (2015), *Agir sur l'obésité de l'enfant par le jeu vidéo ? État de l'art et perspectives*. Communication au Colloque MIG « Jeu vidéo et santé psychosociale », Montpellier, 19-20 novembre 2015
- Druzhinenko-Silhan D. & Schmoll P. (2016), *Childhood Obesity and Serious Videogames: challenging the family resistance*, Communication à l'European Obesity Summit, Göteborg, Suède, 1-4 juin 2016
- Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot M-C, Foulatier O, Nedelcu M, Nocca D. (2023), Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité". *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), p. 925. <https://doi.org/10.3390/jcm12030925>
- Fricker J. (1995). *Obésité*, Paris, Masson.
- Harkaway J.E. (1986), Structural assessment of families with obese adolescent girls, *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), p. 199- 20. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1986.tb01639.x>
- Holling C.S. (1973), Resilience and stability of ecological systems, *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4, p. 1-23
- Lagerros Y.T. & al. (2017), Suicide, self-harm, and depression after gastric bypass surgery: a nationwide cohort study. *Annals of Surgery*, 265(2), p. 235-43. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001884>
- Lewontin R.C. (1969), The meaning of stability, *Brookhaven Symp. Biol.*, 22, p. 13-24. PMID: 5372787
- Lighezzolo J. (1999), *L'obésité chez l'enfant : contribution à l'étude des facteurs psychologiques impliqués, approche comparative*, Thèse de doctorat en psychologie, Université Nancy 2.
- Lighezzolo J. (2000), Facteurs psychodynamiques impliqués dans l'obésité infantile commune. Approche projective comparée, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 48, p. 253-262.
- Lissau I., Srensen T.I.A. (1994), Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood, *Lancet*, 343(8893), p. 324-327. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)91163-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(94)91163-0). PMID: 7905145
- McCarthy D. & Berg A. (2021), Weight Loss Strategies and the Risk of Skeletal Muscle Mass Loss, *Nutrients*, 13(7), 2473. <https://doi.org/10.3390/nu13072473>. PMID: 34371981; PMCID: PMC8308821.
- Neovius M & al. (2018), Risk of suicide and non-fatal self-harm after bariatric surgery: results from two matched cohort studies, *Lancet Diabetes Endocrinology* 6, p. 197-207. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30437-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30437-0)
- OMS (2022), *WHO European Regional Obesity Report 2022*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Ostermann A. (1997), Aspects psychologiques de la rondeur : grâce et disgrâce !, *Diététique et Médecine*, 1997, p. 5-9.
- Poulain J.P. (2009), *Sociologie de l'obésité*, Paris PUF.
- Sanahuja M. A. & Cuynet P. (2011), L'obésité, une transmission transgénérationnelle du corps familial, *Champ psy*, 60, 79-95. <https://doi.org/10.3917/cpsy.060.0079>
- Schmoll P. (2008), Communautés de joueurs et « mondes persistants », *Médiamorphoses*, revue de l'INA, Paris, Armand Colin, 22, p. 69-75. <https://doi.org/10.3406/memor.2008.2163>
- Schmoll P. (2010), Jeux sans fin et société ludique, in S. Craipeau, S. Genvo & B. Simonnot (eds), *Les jeux vidéo au croisement du social, de l'art et de la culture*, Metz, Questions de communication, Série Actes 8, p. 27-42.
- Verger P., Dizière S., Bocquier A. & Ventelou B. (2008), La dépression co-morbide favorise-t-elle certains comportements à risque chez les personnes ayant des problèmes de poids?, *Revue française des affaires sociales*, 2008/1, p. 49-70. <https://doi.org/10.3917/rfas.081.0049>
- Wadden T.A. (1993), Treatment of obesity by moderate and severe caloric restriction. Results of clinical research trials, *Annals of Internal Medicine*, 119, p. 688-93. https://doi.org/10.7326/0003-4819-119-7_part_2-199310011-00012. PMID: 8363198.