

Obésité infantile et troubles psychologiques

Cause ou conséquence ?

Max Budowski,
PA-MG,
UFR Denis-Diderot.
**Luce Arene-
Gautreau,**
médecin généraliste,
30200 Bagnols-sur-
Cèze.

MBUDOW@aol.com

L'enfance est une période de construction ; l'apparition d'une obésité peut être un signe extérieur d'un trouble psychologique potentiellement important. Quels peuvent être ces troubles ? Mais aussi quelles sont les conséquences psycho-sociales de cette obésité ?

Être en bonne santé, c'est maintenir un équilibre capable de répondre aux variations qui se produisent dans l'organisme d'une part, et dans le milieu extérieur où vit cet organisme d'autre part. Il y a intégration de l'organisme dans l'environnement, car nous vivons dans et par le moyen de celui-ci. Mais notre organisme n'est pas statique. Il produit des activités qui peuvent modifier ce fragile équilibre, par excès ou par défaut, jusqu'à la rupture ; il y a production d'un trouble, conséquence d'un manque d'adaptation de l'organisme. Il existe deux schèmes possibles d'attribution du désordre, le premier à une cause physique et le second à un motif psychique. Ils sont indépendants, mais décrivent le même déséquilibre. Celui-ci peut-il entraîner des perturbations mentales excessives par rapport au dérèglement physique ? Cette interrogation est-elle légitime dans le cas de l'obésité infantile ?

Il existe de nombreux travaux sur les troubles psychologiques et leurs rapports avec l'obésité infantile. Mais leurs niveaux de preuve ne sont jamais élevés. L'enfance est une période de construction ; l'apparition d'une obésité peut être un signe extérieur d'un trouble psychologique important.

CAUSES PSYCHOGÈNES DE L'OBÉSITÉ INFANTILE

Quand un enfant dit « j'ai faim », il n'exprime pas forcément le besoin de nourriture

Chaque individu a la capacité de faire ce qu'il désire : c'est un acte volontaire, conscient. Mais l'individu peut agir aussi d'une façon incompréhensible, car toute action peut être gouvernée par des émotions et/ou des processus cognitifs inconscients. L'individu se comporte alors comme si ses commandes cérébrales volontaires étaient brouillées. C'est le cas des sensations de faim, de rassasiement et de satiété chez les enfants obèses.

Quand un enfant dit « j'ai faim », il n'exprime pas forcément le besoin de nourriture. C'est peut-être l'expression d'un état resenti (il a froid) ou même d'une souffrance psychologique (il peut avoir des craintes, des difficultés pour s'endormir). Si ce dernier exprime le désir de manger sans raison, les parents ne doivent pas se contenter de lui apporter ce qu'il veut mais rechercher des explications à cette demande anormale.

L'incapacité à exprimer ses émotions par des mots est appelée alexithymie. Celle-ci est caractérisée par une réduction importante des capacités intellectuelles, avec notamment une inhibition incohérente et des difficultés à formuler ce qui est réellement pensé. Elle est cependant rare dans la genèse de l'obésité infantile.

Des enfants très sensibles aux messages « externes »

De nombreux enfants montrent une certaine préférence pour les aliments sucrés et gras, car ils associent la saveur de ces aliments aux signaux physiologiques agréables qui résultent d'un apport énergétique élevé. Deux auteurs (Schachter et Rodin) ont distingué, d'une part, des enfants à personnalité interne (bons régulateurs) qui ne mangent que lorsqu'ils ont faim (ils répondent à des messages seulement biologiques) ; d'autre part, des enfants à personnalité externe, très sensibles aux messages externes. Ces derniers ont faim, car ils répondent également à des messages sociaux (heure du goûter par exemple), affectifs (aliment plaisir) et psychoaffectifs (absence de sentiment d'amour). Chez ce type d'enfant « externe », la satiété est souvent absente. La prise alimentaire est fréquemment déconnectée des besoins physiologiques, et les capacités d'adaptation de leur métabolisme peuvent être dépassées. Ces événements psychologiques modifient les seuils habituels de

FormUnof

« Obésité de l'enfant : les facteurs comportementaux en cause », atelier animé par Max Budowski et Luce Arene-Gautreau, le vendredi 23 novembre de 16 h à 17 h 30.

Obésité infantile

fonctionnement des structures cérébrales impliquées dans la régulation et l'homéostasie énergétique. Ainsi, les enfants obèses souffrent fréquemment de syndrome d'hyperphagie incontrôlée ou *binge eating disorder*, caractérisé par une absorption d'une importante quantité de nourriture pendant une courte période de temps.

Selon Dumet, cette hyperphagie peut résulter de l'ennui, de l'inactivité, de la frustration, du désœuvrement ou encore de la solitude. Ce syndrome d'hyperphagie incontrôlée est fréquemment associé à une mauvaise répartition des repas sur le nyctémère.

Peur de l'aliment nouveau

Les parents doivent contrôler les prises alimentaires et proposer une alimentation saine, équilibrée et diversifiée. Cependant, l'enfant doit apprendre à choisir quand il peut manger et ce qu'il doit manger. Et ce n'est pas toujours aisé, car la peur de l'aliment nouveau (néophobie) est souvent observée chez les enfants âgés de 2 à 10 ans : ils sont réticents à goûter des produits inconnus. Cette néophobie débute avec la phase normale d'opposition aux parents, vers l'âge de 2 ans. Elle se poursuit ensuite avec le développement de l'autonomie de l'enfant ; ce dernier s'affirme en sélectionnant certains aliments qu'il connaît et peut même refuser de manger ce qu'il aimait auparavant. La néophobie s'accompagne souvent d'une réticence à manger des fruits et légumes. L'enfant préfère le même aliment connu, plutôt bien gras et bien sucré. Cet état est fréquent chez l'enfant obèse.

Troubles thymiques ou anxieux

Le développement de l'obésité infantile peut également être influencé par d'autres facteurs psychologiques comme des troubles thymiques (dépression) ou des troubles anxieux. Cependant, le rapport de cause à effet est insuffisamment établi. Ces troubles sont souvent associés avec d'autres troubles du comportement et/ou des apprentissages scolaires.

Epstein et ses collaborateurs ont ainsi essayé de démontrer que les troubles psychologiques chez la mère seraient responsables autant de l'obésité de l'enfant que de son degré de dépression : la cause primaire de ces troubles de l'enfant ne serait pas son obésité mais la pathologie dépressive de sa mère. Erickson a comparé la corrélation, d'une part, entre l'IMC et respectivement la dépression, la peur du surpoids et, d'autre part, entre la peur du surpoids et la dépression. Toutes ces corrélations étaient significatives chez les filles mais pas chez les garçons. Il n'est pas possible de déterminer si c'est la dépression qui induit la peur du surpoids ou si c'est l'obésité qui l'induirait.

La dépression peut être associée à l'anhédonie. L'enfant est incapable de ressentir des émotions positives dans des situations plutôt agréables. Cette incapacité est associée à un sentiment de désintérêt diffus qui favoriserait un grignotage, notamment devant la télévision. Cependant, ce grignotage est plus fréquent chez les enfants désœuvrés ou ressentant un vide affectif.

CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE L'OBÉSITÉ INFANTILE

Mauvaise estime du corps. Dès l'âge de 5 ou 6 ans, les enfants en surcharge pondérale sont confrontés aux attitudes négatives face à leur apparence extérieure. Cette mauvaise estime du corps a été démontrée dans de nombreuses études mais n'est pas toujours reconnue par les enfants obèses. Ceux-ci, comparés à des enfants de poids normal dans l'étude de Braet, avaient significativement une moins bonne estime d'eux-mêmes globale et physique, et les scores de comportement étaient significativement moins bons. Dans la vie quotidienne, ces attitudes négatives peuvent être causées par les moqueries des camarades, de l'entourage familial, ou des mises à l'écart. Les enfants obèses, notamment au moment de la préadolescence, sont insatisfaits de l'image de leur silhouette corporelle actuelle et future si rien n'est fait.

Comportement alimentaire restrictif. Les enfants avec surpoids développent fréquemment un comportement alimentaire restrictif, car ils ont peur de prendre du poids. Ce comportement est source de conflits autour de la nourriture qui, ne l'oublions pas, peut aussi être un réconfort. Un comportement alimentaire trop restrictif peut être à l'origine d'une perte de contrôle de type « syndrome d'hyperphagie incontrôlée ». Outre la prise de poids conséquente, le comportement restrictif peut être inducteur de troubles du comportement alimentaire de type anorexie ou boulimie. Il se forme un cercle vicieux difficile à traiter et pouvant provoquer des séquelles psychologiques graves.

CONCLUSION

Un état psychologique inadapté peut être à l'origine d'une obésité infantile, qu'il soit le fait de l'enfant lui-même ou de son entourage familial. De même, l'état physique non accepté par l'enfant (qui se voit et se sent gros) et/ou son entourage peut également être responsable d'une souffrance psychique importante. Le dérèglement physique provoque un dérèglement psychique. Et réciproquement. Toute la difficulté est de faire maigrir ces enfants sans entraîner d'autres états pathologiques. Les conséquences physiques de cette obésité sont importantes et connues. Les séquelles psychiques sont moins évidentes mais bien présentes chez certains enfants : mauvaise estime de soi, insatisfaction par rapport à la silhouette actuelle ou souhaitée, souffrance psychique, troubles anxieux et dépressifs (preuves de niveau 3 et 4 selon l'Anaes). La prise en charge thérapeutique doit tenir compte non seulement de l'enfant mais aussi de son entourage familial et de son environnement. Cela nécessite une prise en charge pluridisciplinaire avec des moyens humains et financiers, du temps et de la volonté. Car la prévalence croissante de l'obésité infantile doit être vraiment prise au sérieux. ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.