

Aspects psychologiques de l'obésité infantile et de son traitement

Binia Roth, Leitende Psychologin, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Baselland
S. Munsch, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Basel
U. Zumsteg, Universitätskinderklinik beider Basel
E. Isler, Chefarzt, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Baselland, Bruderholz, Basel

Prévalence

La prévalence croissante de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent représente, dans le monde entier, un problème social à prendre au sérieux¹⁻⁴. En Suisse, l'incidence de l'excès pondéral s'élève à 16.6% pour les garçons et 19.1% pour les filles⁵. La part d'enfants obèses s'élevant à 3.8% et 3.9% respectivement. Ceci correspond à une augmentation de 50 à 100% du surpoids chez les enfants depuis les années 60 et 80 (voir aussi⁶).

Conséquences de l'obésité chez l'enfant

Les conséquences somatiques de l'obésité infantile ressemblent, avec le temps, à celles de l'adulte (voir aussi⁷).

Outre les facteurs de risques physiques, les enfants obèses sont touchés par les effets psychosociaux de l'obésité. Les enfants obèses sont précocement confrontés aux attitudes négatives face à leur apparence extérieure. A 6 ans déjà, les enfants jugent un enfant obèse comme paresseux, sale, stupide et peu attractif⁸. Latner & Stunkard⁹ reprirent une étude datant de 1961 dans laquelle des images d'enfants étaient évaluées: les dessins montrant des enfants obèses étaient jugés très négativement, beaucoup plus encore qu'il y a 40 ans¹⁰. Cela signifie que la stigmatisation des enfants obèses semble avoir augmenté en parallèle au développement, au cours des dernières décennies, d'un idéal social de beauté extrêmement mince⁹. Cet étiquetage négatif peut inhiber le développement d'un concept de soi positif ainsi que l'établissement des contacts sociaux^{11, 12}. L'estime de soi d'enfants avec un excès pondéral se distingue de celle d'enfants avec un poids normal par rapport à l'apparence physique, à l'attractivité et à l'image corporelle^{13, 14}. Schwimmer, Burwinke & Varni¹⁵ ont pu démontrer que, en comparaison, seuls les enfants cancéreux sous

traitement chimiothérapeutique présentent une qualité de vie aussi précaire que les enfants obèses.

La discrimination des jeunes ayant un surpoids a aussi des conséquences sur leur formation et leur vie professionnelle future^{16, 17}. A capacité intellectuelle équivalente, les jeunes femmes avec surpoids accomplissent nettement moins d'années scolaires, se marient nettement moins et disposent d'un revenu par ménage plus bas. Des indices d'un désavantage social subi par les enfants obèses sont fournis, entre autres, par les auteurs Sobal et Stunkard¹⁸. Ils constatent dans 40% de toutes les études évaluées dans leur travail récapitulatif une relation entre bas statut socio-économique et BMI élevé.

Les multiples stigmatisations peuvent amener déjà les jeunes enfants à se fixer sur les aspects négatifs de leur propre apparence physique et à développer, par conséquence, des comportements diététiques^{19, 20}. La «peur de la prise de poids» est désormais devenue une «maladie» à part entière dans notre société et une souffrance psychique pour un grand nombre de personnes²¹. Ceci est valable, depuis peu, tout particulièrement aussi les enfants: les enfants avec surpoids développent plus souvent un comportement alimentaire restrictif, un mécontentement quant à l'image de leur propre corps, ils ont peur de prendre du poids^{22, 23}. Les enfants avec surpoids développent aussi plus souvent que les enfants à poids normal une image corporelle plus négative²⁴⁻²⁶. Ce sont des résultats inquiétants, puisque les facteurs ci-dessus peuvent devenir des facteurs de risque pour des troubles alimentaires. Et justement, un comportement alimentaire rigide et restrictif amène souvent à une perte de contrôle du type «attaques de faim» («binges»), lesquelles peuvent provoquer, outre une prise de poids, des séquelles psychologiques graves. De plus, l'expérience répétée d'inefficacité face au problème qu'est l'obésité s'avère négative, à long terme, pour l'estime de la propre capacité à résoudre des

problèmes; cette estime négative peut se généraliser et favoriser des troubles de l'humeur durables²⁷⁻²⁹.

Excès pondéral et maladies psychiques associées

Autant chez les adultes que chez les enfants atteints d'un surpoids, les données montrent de plus en plus que les troubles affectifs et d'anxiété sont significativement plus fréquents chez les jeunes femmes adultes obèses que chez les femmes témoins d'un poids normal³⁰. Chez des enfants obèses on a trouvé, outre ces troubles affectifs, surtout des troubles du comportement externalisants comme le THADA (syndrome de déficit d'attention avec hyperactivité)^{31, 32}. De plus, les enfants obèses présentent plus fréquemment des troubles alimentaires au sens d'un Binge Eating Disorder (BED)³³⁻³⁶. Dans les populations obèses suivies cliniquement (personnes qui se présentent pour un traitement), on a trouvé clairement plus d'enfants avec des troubles psychiques que dans la population obèse non suivie^{37, 38}. Le nombre d'enfants souffrant de troubles psychiques dans la population obèse est significativement plus élevé que dans la population normale, mais comparativement trop bas pour pouvoir parler d'une règle générale touchant les enfants avec surpoids. Ceci laisse supposer que dans le collectif hétérogène des enfants obèses, certains sous-groupes sont particulièrement à risque de développer des symptômes psychopathologiques.

Le surpoids n'est pas classifié comme trouble psychique chez les enfants. Cependant, les enfants obèses, souvent objets de railleries et d'exclusions, semblent souffrir massivement de leur poids et de leur apparence (voir plus haut). Ils développent fréquemment des symptômes psychiques secondaires et essaient de corriger leur poids par un comportement alimentaire inapproprié et perturbé. Ce n'est peut-être pas la présence d'un trouble psychique qui justifie la classification en tant que trouble du comportement ainsi que son traitement psychologique, mais bien l'étendue de la souffrance psychique, en tant que réaction à un état physique et une situation sociale vécus subjectivement comme désagréables et immuables.

Etiologie

En ce qui concerne l'étiologie et la persistance de l'obésité, des facteurs multiples,

biologiques, psychologiques et socioculturels sont aujourd'hui discutés. Un surpoids résulte bien, à la base, d'un déséquilibre entre apport et dépense caloriques, mais les causes de ce déséquilibre sont aussi de nature génétique. Des études sur des jumeaux et des enfants adoptés ont révélé une variabilité du BMI de 60–80% due à une prédisposition génétique ou familiale^{39), 40)}.

Le bilan énergétique positif s'explique par un surplus d'apport énergétique, c.-à-d. des quantités de nourriture trop importantes et trop riches en graisses, et par un manque de dépense d'énergie, c.-à-d. un manque d'exercice. Plus généralement, avec l'apparition de l'industrie du fast-food, on remarque, simultanément à l'augmentation de la prévalence de l'obésité, non seulement une consommation élevée de graisses et d'aliments raffinés, mais aussi une tendance aux portions plus grandes et aux repas plus fréquents^{41), 42)}. En parallèle aux facteurs nutritionnels, le comportement alimentaire est également associé au surpoids: les enfants avec surpoids mangent nettement plus vite que les enfants avec un poids normal et cette vitesse de consommation ne diminue pas au long du repas⁴³⁾. Drucker, Hammer, Agras et Bryson⁴⁴⁾ ont constaté que l'attitude maternelle face à l'alimentation, c.-à-d. la fréquence de l'offre des aliments, ainsi que les encouragements verbaux à manger, ont une influence décisive sur le comportement alimentaire d'un enfant. Comment, où et à quelle vitesse on mange à la maison, influence de façon décisive le développement du style alimentaire. Un facteur important est la transmission du style alimentaire des mères à leurs filles: des mamans ayant un comportement alimentaire effréné ont des filles avec du surpoids⁴⁵⁾.

Le développement d'un surpoids peut aussi être influencé par des facteurs psychologiques. Une mauvaise estime de soi, un concept corporel négatif, l'anxiété et les troubles affectifs sont associés au surpoids, mais le rapport cause à effet n'a pas été clarifié. Dans des études prospectives, on a pu isoler des états dépressifs et des troubles du comportement social comme facteurs prédictifs⁴⁶⁾⁻⁴⁸⁾.

Autant la négligence des parents que le manque de stimulation cognitive peuvent être mis en rapport avec l'obésité^{49), 50)}. Des travaux sur des patients obèses adultes ont révélé une présence beaucoup plus fréquente de traumatismes sexuels pendant l'enfance⁵¹⁾.

En résumé, on peut dire que la prédisposition à développer une obésité est héritée, mais le phénotype ne peut se manifester que dans un milieu correspondant. Pour l'enfant, le milieu est surtout déterminé par sa famille, par ses parents. En plus des dispositions génétiques, le mode d'alimentation, les habitudes alimentaires et d'activité sont transmis comme modèle, les parents jouant un rôle décisif non seulement dans le développement, mais aussi dans les changements en matière de comportement.

Traitement

Le but principal du traitement de l'obésité consiste, après une réduction initiale du poids, à maintenir le poids acquis. Le pro-

gnostic est ici beaucoup plus favorable pour le traitement des enfants que pour les adultes: les modèles de comportement sont moins incrustés, la stabilisation du poids suffit à la réduction du BMI et le milieu peut être inclus dans le traitement. Les meilleurs succès peuvent être obtenus grâce à la combinaison d'une gestion de l'alimentation, d'activité physique et d'une thérapie comportementale⁵²⁾.

L'inclusion des parents dans le traitement s'est montrée, à l'issue de celui-ci et lors de la catamnèse, plus efficace que le traitement des enfants seuls⁵³⁾⁻⁵⁶⁾. On a démontré également que le traitement uniquement des parents est plus efficace que celui des enfants⁵⁷⁾.

Dans la durée, le changement des habitudes alimentaires et d'activité, ainsi que la for-

TAKE – Training von Adipösen Kindern und ihren Eltern (Training des enfants obèses et de leurs parents)

Un projet multidisciplinaire

TAKE – qu'est-ce que c'est?

Depuis deux ans, la coopération de l'Université de Bâle et le Service psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Bâle-Campagne permet d'offrir le training TAKE dans la région de Bâle: parents et enfants sont pris en charge en groupes séparés par une approche comportementale, complétée par des leçons d'alimentation et de sport. En rapport avec les modifications de comportement souhaitées dans le domaine de l'alimentation et de l'exercice, nous abordons des thèmes psychologiques comme des objectifs de poids non réalistes, des attitudes négatives envers soi-même et envers son propre corps ainsi que les difficultés avec ses pairs. Des facteurs psychologiques importants qui maintiennent l'obésité, comme une adaptation sociale insuffisante, l'isolation et une image négative du propre corps chez les enfants, des stratégies d'éducation dysfonctionnelles chez les parents, deviennent ainsi objet de traitement.

Le traitement est structuré en une première phase de 10 séances hebdomadaires, suivie de 6 séances mensuelles, et par par des séances de rafraîchissement pendant plusieurs années.

L'objectif de TAKE?

L'objectif de ce projet de recherche est de présenter un programme de traitement efficace centré sur la famille et d'évaluer l'efficacité à long terme du traitement des parents et enfants ou des parents seuls.

Qui est-ce TAKE?

TAKE représente une collaboration multidisciplinaire entre l'Institut de psychologie, division clinique de psychologie et de psychothérapie de l'Université de Bâle (Dr. S. Munsch; Prof. J. Margraf), le Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Bâle-Campagne (lic.phil. B. Roth, Dr. E. Isler), Clinique pédiatrique universitaire des deux Bâles (PD Dr. U. Zumsteg), une diététicienne (A. Fischer), ainsi que l'Institut du sport de l'Université de Bâle (Prof. R. Ehram). Ce projet est soutenu par le Fonds National Suisse.

Comment atteindre TAKE?

Inscription et information: 061 267 06 67, Division clinique de psychologie et de psychothérapie de l'Université de Bâle (répondeur automatique, vous serez rappelés ou vous pouvez laisser votre adresse et nous vous enverrons des brochures d'informations).

mulation d'objectifs de poids modérés à long terme promettent plus de chances de succès. Le changement vers une alimentation avec un taux lipidique normal et un accent sur les hydrates de carbone devrait s'effectuer à petits pas pour garantir les sentiments de succès à l'atteinte des objectifs et sous-objectifs. C'est seulement ainsi qu'on peut soutenir, chez les enfants et les adolescents comme chez les adultes, la motivation et la compliance nécessaire au long terme. Pour promouvoir l'autogestion des familles, on ne donne pas un plan alimentaire strict, c.-à-d. un régime proprement dit, mais on transmet et explique des règles générales d'alimentation, tout en laissant l'exécution au libre choix de la famille⁵⁵⁾.

En parallèle aux comportements alimentaires, on accorde à l'activité physique une fonction décisive pour le traitement de l'obésité. L'exercice physique représente une forme d'occupation naturelle des gens et surtout des enfants. Une relation entre le style de vie sédentaire d'aujourd'hui, c.-à-d. le manque d'exercice général propre à notre société (télévision et ordinateur) et le surpoids chez les enfants et les adultes a pu être clairement démontrée⁵⁸⁾. La plupart des programmes de perte de poids pour les enfants conseillent des activités sportives.

Dans la littérature anglo-saxonne et allemande existent différents programmes d'entraînement pour enfants obèses dont les effets ont été prouvés au moins partiellement et à court terme^{55), 59)-63)}.

Les enfants obèses sont un groupe avec des risques multiples: la probabilité, d'une part, de devenir des adultes obèses, avec toutes les complications somatiques associées, est grande. D'autre part, exposés très tôt à la dépréciation et affublés d'une étiquette, ils développent une image de soi négative, voir des troubles psychiques comme la dépression et des troubles du comportement. Ces enfants doivent être pris en charge le plus tôt possible ensemble avec leurs parents. En Suisse, des programmes contrôlés manquent jusqu'à ce jour. Avec TAKE (voir encadré) nous essayons de remédier à cette carence par un projet commun de l'Université de Bâle, du Service de psychiatrie pour enfants et adolescents de Bâle Campagne et de la Clinique pédiatrique universitaire des deux Bâle.

Correspondance:

Lic. phil. B. Roth
Leitende Psychologin
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Baselland
4101 Bruderholz
Tél. 061 425 56 56
Fax 061 425 56 00
binja.roth@kpd.ch

Erratum

Paediatrica 2004 vol 15 n°5

p 16–25:

Enterale Ernährung: Indikation – Durchführung – Risiken / Alimentation entérale: indications – application pratique – risques

Bei der Auflistung der Produkte zur enteralen Ernährung der Firma Nutricia haben sich zwei kleine Fehler eingeschlichen, wir möchten uns dafür entschuldigen:

Seite 18 / page 25:

- Korrekte Telefonnummer / numéro de téléphone de Nutricia SA ist / est: 0844 844 802
- Der korrekte Name von Nutrini Energy Fibre ist / Le nom exact du produit est: «Nutrini Energy Multi Fibre»
- Der Produkt Nutrini Energy fehlt auf der Liste

Références

www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol15/n6/index.htm