

63ème rencontre internationale de la Médecine de la Personne
17 au 20 août 2011, Wilderswil, Suisse

L'enfant trop gros, une Personne

Dr Vincent Boggio

L'enfant gros est une personne. Comme toute personne, il est en interaction avec d'autres personnes, notamment ses parents et d'autres enfants. Comme toute personne il est tributaire du lieu où il vit (dans mon expérience, la Bourgogne, France) et de l'époque (début du XXIème siècle).

Mais cette personne est un enfant, ce qui lui confère (ou devrait lui conférer) davantage de droits que de devoirs.

Enfin l'enfant gros est gros, plus exactement il est trop gros aux yeux de la société et de la médecine.

Je soigne des enfants trop gros depuis 30 ans. Mon regard sur eux a beaucoup changé. Je suis passé de la sévérité à la compassion. J'aimerais qu'ils soient davantage respectés, comme les autres enfants.

Souffrance

Très souvent, presque toujours, l'enfant gros souffre. Il souffre de son excès de poids. La preuve : il aimerait s'en débarrasser. Il est rare qu'un enfant gros se satisfasse de son état. Mais l'enfant gros ne parle pas beaucoup de sa souffrance, sans doute parce que, très souvent, il estime en être responsable puisque c'est ce qu'on lui dit : « C'est de ta faute ». On n'aime pas trop parler de la souffrance dont on est responsable !

Sa souffrance n'est pas due à des symptômes somatiques. A moins d'être très gros, l'enfant gros n'a ni douleur, ni dyspnée, ni prurit, ni boiterie... Il peut cependant ressentir une gêne fonctionnelle lors de certaines activités physiques. Il ne risque pas de complications immédiates. La seule réelle complication serait qu'il reste trop gros à l'âge adulte. En effet, à l'âge adulte, la liste des maladies favorisées par l'excès de poids est longue. Mais l'évocation éventuelle des complications somatiques auxquelles il est exposé s'il devient un adulte gros laisse l'enfant gros indifférent. C'est un enfant et, quand un enfant imagine l'avenir, il ne se projette guère plus loin que les prochaines grandes vacances.

L'enfant gros n'a pas mal. Il « est » mal. Sa souffrance n'est pas physique. Elle est psychique et sociale. Il dit volontiers : « Je suis mal dans ma peau », sans pouvoir préciser davantage ce que cela veut dire, sauf quand il a... des vergetures car alors sa peau parle pour lui en craquant.

Cela se voit qu'il est gros. Il ne peut pas cacher son état. Ou alors il doit élaborer des stratégies vestimentaires savantes. Tout le monde voit qu'il est gros. Par contre

l'enfant trop grand ou l'enfant trop petit ne sont identifiés comme tels que si on connaît leur âge. Pour l'enfant gros, il n'est pas nécessaire de connaître son âge. Le gros est identifié comme gros sans que l'on connaisse son âge.

En outre l'excès de masse grasse de l'enfant gros entraîne un hyperinsulinisme qui accélère sa croissance. Il est donc gros et grand. Vers 10 ou 12 ans, il est le géant de la classe. Sa corpulence impressionne et peut faire peur aux autres enfants. Au total, il est perçu par ses pairs comme très différent d'eux. De plus, sa corpulence d'adulte peut conduire ses parents à l'imaginer plus âgé qu'il n'est. Or le jeune enfant gros est un jeune enfant.

L'enfant gros sait que ça se voit qu'il est gros.

Les enfants de son âge se moquent de lui, surtout à l'école primaire. On le traite de grosse vache, de baleine ou de sumo. S'il cumule l'excès de poids avec des difficultés intellectuelles ou comportementales, les moqueries redoublent et peuvent conduire à son isolement. Parfois il devient agressif ou dépressif. D'autres fois il devient le gros nounours de la classe et peut se complaire dans cette situation. Les moqueries sont parfois favorisées par la tolérance de certains éducateurs, lesquels sont bien plus sévères vis-à-vis des comportements injurieux dont sont victimes les enfants qui ont une autre caractéristique ethnique, physique ou mentale. « Le bon gros a bon dos ». Certains adultes pensent peut-être que les moqueries sont un élément de motivation qui pousse l'enfant à se soigner ! L'enfant gros est en effet souvent considéré comme responsable de son état. On estime qu'il n'a pas de volonté. On pense qu'il est « mou » (peut-être parce que la graisse est molle...), qu'il ne peut pas contrôler son alimentation, se maîtriser, qu'il sacrifie au plaisir des sens... Rarement, mais c'est alors dramatique, ce sont les parents de l'enfant gros qui se moquent de lui ! Ils ne reconnaissent pas sa souffrance.

L'enfant gros souffre lors des séances d'éducation physique et sportive dans le cadre scolaire. En effet il bénéficie de ces séances (ou plutôt il les subit) en même temps que des enfants qui ne portent pas d'excès de poids. Il souffre donc de la comparaison. Les enseignants ne sont pas toujours compréhensifs. Ils pourraient lui épargner les exercices physiques qui le rendent ridicule et aggravent sa souffrance, par exemple les barres parallèles ou l'escalade. On n'est pas obligé « d'appuyer là où ça fait mal » ! Mais souvent les enseignants pensent être bienveillants. Ils croient que « c'est bon pour lui », que « ça lui fait du bien », voire que « ça l'aide à maigrir » et oublient d'aménager les activités comme ils le font pour d'autres enfants. C'est lors des séances d'endurance notamment que l'enfant gros souffle et souffre le plus. Il peut être en difficulté au point de courir moins vite que s'il marchait. Pourquoi dans ces conditions l'obliger à courir 10 minutes et ne pas se contenter de lui demander de faire le même parcours en marchant ?

L'enfant trop gros est à l'aise dans la piscine : il nage aussi bien que les autres. Souvent, il aime être dans l'eau. En effet, son poids est porté par l'eau. Mais la mise à l'eau est précédée d'une étape obligatoire au bord de la piscine, particulièrement pénible. Les rondeurs (en particulier l'adipomastie du garçon préadolescent, développement de graisse au niveau des glandes mammaires) que l'enfant tente de dissimuler à longueur de temps sont exposées au regard de tous et défient toute tentative de camouflage. Elles excitent ses persécuteurs habituels qui redoublent

leurs plaisanteries imbéciles : "Tu vas faire déborder le bassin" ; "Attention, la grosse baleine va plonger". On imagine l'anxiété, voire l'angoisse, qui précède cette exposition parfois hebdomadaire et on comprend que l'enfant ne puisse trouver son salut que dans la dispense de piscine.

L'enfant gros souffre de ne pouvoir s'habiller comme il le souhaiterait, en particulier s'il s'agit d'une fille. La fille trop grosse regrette de ne pas pouvoir choisir des vêtements comme sa copine ou sa sœur, lesquelles « ont bien de la chance » de pouvoir s'habiller comme elle veulent... De plus, comme la fille grosse est grande, elle doit plus rapidement que les autres s'habiller dans la gamme supérieure. S'habiller au rayon femmes, ça fait vieux quand on a 12 ans. Les adultes gros, eux, bénéficient davantage du savoir-faire des couturiers qui savent rendre élégants les gros.

Médiatisation

Il y a bien davantage d'adultes trop gros (plus de 50% de la population française) que d'enfants trop gros (15% des enfants) mais, curieusement, les médias, qui sont animés par des adultes (dont probablement 50% sont trop gros), parlent plus souvent des enfants trop gros que des adultes trop gros.

L'excès de poids des enfants, tout le monde en parle. Les spécialistes les plus concernés (les pédobariatres) cherchent à comprendre pourquoi il y a davantage d'enfants trop gros ; ils lisent et écrivent dans des revues spécialisées ; ils cherchent comment aider les enfants à se débarrasser de leur excès de poids ; ils hésitent ; ils ne comprennent pas bien pourquoi certains enfants deviennent trop gros et ne savent pas bien comment faire pour les aider à guérir. Ils cherchent...

En effet, les enfants qui deviendront gros n'ont pas des comportements alimentaires ou des activités physiques statistiquement différentes des autres enfants. Pourquoi, chez eux, le très fin réglage physiologique qui adapte spontanément les apports énergétiques aux dépenses est-il dérégulé ? Ce dérèglement est très léger puisqu'il suffit que les apports énergétiques dépassent tous les jours de 1% les dépenses pour que la masse grasse augmente de 1 kg par an, donc de 10 kg en 10 ans et de 50 kg en 50 ans. Statistiquement l'enfant qui est devenu gros n'a pas mangé différemment (ni plus, ni moins, ni mieux, ni pire, ni plus gras, ni plus sucré) que l'enfant qui n'est pas devenu gros : des études rigoureuses le démontrent. Le dérèglement de la balance énergétique pourrait bien être lié à une contamination de l'organisme par une des nombreuses substances chimiques qui sont apparues dans l'environnement depuis 30 ans et que l'on soupçonne d'être des perturbateurs endocriniens. On admet volontiers ce scénario pour la baisse de la production de spermatozoïdes chez l'homme moderne ou l'avance de l'âge de la puberté des filles. Pourquoi est-on si réticent à l'admettre pour l'obésité dont la pathogénie est neuro-endocrinienne (liée au cerveau et à la masse grasse) ? Cette réticence est sans doute liée au fait que chacun fait l'expérience qu'il peut maigrir en mangeant moins. Il conclut donc de manière simpliste que celui qui est devenu gros l'est devenu parce qu'il a trop mangé ! Mais le diabétique améliore son diabète en mangeant moins de sucre alors que personne ne pense qu'il est devenu diabétique parce qu'il a mangé trop de sucre. Et l'enfant intolérant au lactose guérit en ne mangeant plus de lactose sans être accusé d'être devenu intolérant parce qu'il a mangé trop de lactose.

Donc les spécialistes, les pédobariatres cherchent. Mais tous les autres savent : les parents, les grands-parents, les enseignants, les journalistes, les médecins de toutes disciplines... Ils savent pourquoi l'enfant est gros et savent ce qu'il devrait faire pour ne plus être gros. Et ils lui disent : « Tu manges trop, trop gras, trop sucré, trop entre les repas, pas assez le matin ; tu regardes trop la télévision, tu joues trop aux jeux vidéo (en réalité pas plus que les autres). L'enfant gros croule sous les avis péremptaires et variés. La plupart des observateurs lui reprochent surtout son alimentation. En effet l'observateur qui mesure et compare l'alimentation moyenne des enfants gros et des enfants non-gros ne trouve pas de différence (bis repetita placent) mais l'observateur qui regarde manger côte à côte un enfant gros et un enfant non-gros, ne regarde que la bouche du gros et non la bouche du non-gros.

Moins on soigne d'enfants gros, plus on croit être compétent sur le sujet ! Plus on en soigne, plus on s'interroge !

Une donnée bien documentée, c'est que l'enfant gros a parfois (on dira peut-être un jour que c'est toujours) hérité d'une prédisposition génétique. Lorsque les deux parents sont gros, la probabilité que l'enfant le devienne augmente, même si l'enfant est séparé de ses parents dès la naissance (cette précision est ajoutée à l'intention de ceux qui penseraient que l'enfant devient gros parce qu'il mange aussi mal que ses parents qui sont devenus gros parce qu'ils mangeaient mal...). Mais si la génétique moderne peut éventuellement identifier des gènes qui favorisent l'excès de poids, elle est impuissante à les corriger. L'enfant gros ne bénéficie donc pas de ces découvertes.

La prédisposition génétique devrait permettre des soins plus précoces. Mais en pratique elle les retarde plutôt. Souvent les parents, quand ils consultent avec un enfant gros, disent : « Que voulez-vous ! C'est familial ! ». Ils font alors part d'un fatalisme qui ne les incite pas à se mobiliser pour soigner leur enfant. Par contre, lorsque des parents qui consultent avec un nourrisson sont interrogés sur leurs antécédents familiaux, ils parlent volontiers des cancers et des allergies dans la famille, jamais des obésités, comme si le sujet était tabou. Cela freine malheureusement la mise en place d'un dépistage précoce ciblé sur ces enfants à risque, donc de soins précoces.

Cette prédisposition génétique empêche parfois les parents de penser que l'enfant peut guérir : « Dans ma belle-famille (plus souvent que 'dans ma famille'), ils sont tous gros ; j'ai pensé que c'était génétique » ; « Quand on a vu qu'il était devenu gros, on s'est dit qu'il n'y avait plus rien à faire ». Le discours ambiant actuel est très (trop ?) axé sur la prévention (d'ailleurs inefficace). Il peut donc laisser croire qu'un excès de poids est toujours définitif (et que c'est pour cela qu'il faut le prévenir). Une fillette de 8 ans m'a dit un jour : « Quand on est gros, c'est pour la vie ». Elle avait tort. On croise effectivement tous les jours des gros qui le restent, mais aussi des ex-gros fondus qu'on ne repère pas. Ce n'est pas inscrit sur leur visage qu'ils ont été gros.

Le développement de la chirurgie bariatrique chez les adultes conduit certains parents (et parfois certains adolescents, très au courant, par la télévision, de cette chirurgie) à déclarer forfait d'emblée. « Il sera opéré comme moi quand il sera adulte ». On se demande parfois si l'inertie de ces parents opérés face à l'excès de poids de leur enfant ne conforte pas la justesse du choix qu'ils ont fait pour eux-mêmes : attendre

l'heure de la chirurgie. Chez d'autres parents au contraire, les souffrances liées à cette chirurgie sont motivantes : « Je ne veux pas qu'il en passe par là ».

Handicap

Pour éviter de dire « obésité », [un mot très utilisé dans les médias, mais jamais utilisé par les enfants gros eux-mêmes, ni par les parents qui disent volontiers devant un enfant qui a 20 kilos de trop : « On vous l'a amené parce qu'on a peur qu'il devienne obèse »], on dit souvent que l'enfant gros a une « surcharge pondérale ». L'expression est juste à condition de ne pas oublier que cette « surcharge », l'enfant gros la porte. Autrement dit, il vit en permanence en portant un sac qui peut atteindre plusieurs dizaines de kilos. Chez les turfistes, on appelle précisément cela un « handicap ». Mais la notion de handicap, utilisée pour de nombreux enfants (handicaps physiques, intellectuels ou sensoriels), n'est pas appliquée à l'enfant gros. Il est handicapé mais son handicap n'est pas reconnu. D'ailleurs certains bien-pensants lui conseillent de faire du sport sans se rendre compte de ce qu'ils proposent. Ils sont inconsciemment sadiques (légers). Connaissez-vous beaucoup de sportifs qui courent ou sautent avec un sac ? Du sport, l'enfant trop gros en fait toute la journée. Toutes les activités qui nécessitent la mobilisation de la masse corporelle dans le sens vertical sont plus pénibles pour lui que pour les autres, à commencer par la marche, la plus simple des activités physiques, qui consiste à élever sa masse corporelle pour la poser un peu plus loin.

Pour saisir la surcharge que l'enfant gros endure à longueur de temps, il suffit de porter un sac à dos toute une journée. On peut même calculer le poids que devrait avoir ce sac s'il était porté par un adulte pour représenter une contrainte identique. Pour comprendre la vie quotidienne d'un garçon de 10 ans de 150 cm pesant 67 kg, un homme de 175 cm pesant 72 kg doit porter un sac à dos de 34 kg. Cette comparaison est imparfaite, car son sac à dos, l'enfant trop gros le porte souvent... sur le ventre. On peut aussi porter toute une journée un tablier de plomb, tel qu'on en trouve dans les services de radiologie. On comprend mieux alors ce que supporte l'enfant gros.

Comme son excès de poids s'aggrave très lentement, l'enfant gros s'y adapte (comme parviennent à s'adapter l'enfant sourd ou l'enfant paraplégique) et ses parents s'y adaptent. Le processus d'adaptation comprend notamment la sédentarité, conséquence et non pas cause de l'excès de poids, comme le prétendent souvent les bien-pensants mais mal-disants (qui oublient que les enfants grabataires ne deviennent pas spécialement gros !). L'enfant gros devient petit à petit sédentaire. Quand il entre dans le cabinet du médecin, il choisit le siège le plus proche...

L'enfant gros vit dans une société qui confond souvent esthétique et minceur. Certes, quand l'enfant gros est très jeune, son « léger ! » excès de poids le rend plus mignon. Mais devenu adolescent, il perd en séduction, surtout s'il s'agit d'une fille. Même si personne ne lui dit qu'elle n'est pas belle, elle le pense, puisqu'on dit aux minces qu'elles sont « minces et belles » et qu'on ne dit pas aux grosses qu'elles sont « grosses et belles ». L'adolescent gros, qui est beaucoup moins l'objet de moqueries que l'enfant gros, s' imagine volontiers que les autres parlent de lui, dans son dos, en termes défavorables. "Ils me trouvent grosse. – Ils te l'ont dit ? – Non. – Alors, comment le sais-tu ? – Je le sais. – Comment sais-tu ce qu'ils pensent de toi s'ils ne

te le disent pas ? – Je le vois à la façon dont ils me regardent. Je leur fais pitié. Je suis sûre qu'ils en parlent entre eux".

La difficulté des soins

Souvent l'enfant gros aimerait guérir, se débarrasser de son excès de poids. Son objectif n'est pas d'éviter les complications somatiques tardives mais de se sentir mieux dans sa peau. Théoriquement, il peut toujours y arriver. Il faut et il suffit qu'il déséquilibre sa balance énergétique en mangeant moins et en dépensant plus. Dans tous les cas le succès repose sur le déséquilibre de la balance énergétique : chaque jour, les apports énergétiques doivent être inférieurs aux dépenses. Toutes les méthodes, même celles proposées par les médecines parallèles, conduisent à un déséquilibre de la balance énergétique (alias calorique). Il s'agit d'obtenir que l'enfant mange moins de calories qu'avant (et non pas moins que les autres), ou en dépense davantage qu'avant (et non pas davantage que les autres), ou combine les deux. Un déséquilibre de 200 kilocalories par jour (raisonnable, puisqu'il représente environ 10% de la ration quotidienne) conduit à une perte de poids de 30 grammes par jour. C'est facile à dire, moins facile à faire. Pourquoi ? Parce que le déséquilibre énergétique a un effet secondaire systématique : la **faim** qui rappelle à l'enfant que son bilan énergétique est déséquilibré et l'incite donc à manger pour l'équilibrer. Pour maigrir, il faut avoir faim (Cf. l'expression « grève de la faim », expression curieuse, puisqu'il s'agit en fait de la grève de l'alimentation, mais expression significative car elle met en avant la conséquence de la réduction de l'alimentation). Or, la faim est une sensation interne désagréable qui pousse à manger. « Désagréable », il faut s'en souvenir. Le gros qui maigrit a faim et c'est désagréable. Respect. Pour maigrir il faut accepter la faim et donc résister au désir de manger pour faire disparaître la faim. Résister ! Peu d'adultes gros y arrivent ! Pour un enfant, ce n'est pas plus facile. Il n'y a pas de médicament qui empêche d'avoir faim. S'il existait, cela se saurait !

Pour l'enfant gros, il existe bien une solution : l'enfermement. Cette « thérapeutique » est mise à profit dans des internats spécialisés. Les repas sont calibrés ; les activités physiques sont obligatoires. L'enfant a faim, mais les éducateurs sont toujours présents et la cuisine est fermée. : [J'enseigne souvent à mes étudiants que le Rat, même affamé, ne mange pas sa cage. Cela les amuse, mais c'est une des rares choses dont j'aimerais qu'ils se souviennent toute leur vie professionnelle : on ne mange pas s'il n'y a pas d'aliments accessibles). Donc, en institution fermée, l'enfant gros maigrit (1 à 1,5 kg par mois, au prix de 260 € par jour, soit 60 000 € par an, remboursés par l'Assurance Maladie. Cela met le gramme de gras perdu à 5 €.

Hors de cette situation très artificielle (l'enfermement), l'enfant gros occidental du XXIème siècle est en difficulté. Il est entouré d'aliments (Or, le Rat, même affamé, ne mange pas sa cage...). Partout où l'enfant se trouve, des aliments le sollicitent, en dehors des repas, même quand il n'a pas faim. Ces aliments n'ont pas besoin d'être préparés. Ils sont prêts à être consommés. Le drame de l'enfant gros, ce n'est pas la télévision, c'est le réfrigérateur que l'on trouve maintenant dans 99,5% des foyers. Quand l'enfant ouvre la porte du réfrigérateur, il est dans la crèmerie et la charcuterie. Autrefois (il y a 50 ans), la nourriture était chère et sacrée. Il fallait la préparer avant le repas. L'enfant n'avait pas accès facilement à la nourriture. Actuellement, la société des adultes fait tout ce qu'elle peut pour pousser les personnes (dont les enfants gros) à manger. L'alcoolique en rémission est protégé par son entourage qui évite de servir

de l'alcool devant lui. On oublie qu'on protège aussi l'enfant gros en limitant son accès à la nourriture, en évitant les stocks inutiles. On oublie que pour lui, s'il demande à être soigné, un repas sous forme de buffet ou simplement l'apéritif familial sont des pièges, des grignotages institutionnalisés, vers lesquels on le pousse. Il y résiste d'autant moins facilement que, puisqu'il est soigné et donc en déséquilibre énergétique,... il a faim ! Respect...

Le « poids » des parents

L'adulte gros qui veut perdre son excès de poids a un autre handicap, majeur : il n'a plus de parents pour le soigner. Il doit se soigner. L'enfant gros a théoriquement un atout : il a des parents pour le soigner. Théoriquement ! Les autres enfants qui ont besoin de soins sont soignés par leurs parents. Un enfant épileptique, diabétique, mucoviscidosique est soigné. Mais l'enfant gros doit souvent se soigner lui-même. On attend de lui « qu'il se soigne ». Les parents des autres enfants qui ont une affection chronique passent beaucoup de temps à les soigner, parfois des heures par jour. L'enfant gros n'a pas de chance. On oublie qu'il est un enfant et qu'il a le droit d'être soigné. On l'invite à se soigner. Pire, on le dispute s'il ne se soigne pas...

Pourquoi les parents sont-ils souvent défaillants dans la démarche de soins ?

D'abord, l'enfant gros émet peu de plaintes physiques : pas de douleur, pas de toux, pas de dyspnée. Son seul symptôme, c'est son excès de poids. Mais ce symptôme n'est pas bruyant et ses parents finissent par ne plus y faire attention.

Par ailleurs, l'enfant gros ne fait pas de crises aiguës, spectaculaires, inquiétantes. L'absence de traitement ou l'oubli du traitement n'ont jamais de conséquence immédiate : ni crise, ni douleur, ni symptôme d'alerte. Contrairement à l'enfant allergique (choc), diabétique (hypoglycémie), épileptique (convulsion) dont les crises sont très angoissantes car elles évoquent la mort, rien ne vient rappeler aux parents de l'enfant gros qu'il n'est pas soigné.

L'enfant gros ne risque pas de complications (ou peu) à court terme. Il ne va pas mourir. Son état s'aggrave lentement, sans bruit et les conséquences n'apparaîtront qu'à l'âge adulte. Si son excès de poids éclatait du jour au lendemain, ses parents réagiraient brusquement, consulteraient immédiatement, s'acharneraient à le soigner. L'aggravation est lente, le traitement est long. L'excès de poids se gère dans la durée. Les parents pressentent que le traitement sera long et difficile pour l'enfant. Guérir d'un excès de poids n'est pas facile. Sinon ça se saurait !

Surtout, les parents de l'enfant gros n'ont pas conscience de leur implication dans les soins. Le responsable à leurs yeux est souvent l'enfant lui-même : « On lui a dit qu'il fallait faire quelque chose. Mais il n'a rien changé » ; « On lui dit mais il ne fait rien. Il ne tient pas compte de ce qu'on lui dit ». Ainsi, quand ils vont consulter un spécialiste, ils disent : « Docteur, on vous l'a amené parce que, quand on le laisse seul à la maison, il grignote. Dites-lui qu'il ne faut pas. » Ils sont très surpris si le médecin dit à l'enfant : « Tes parents ont raison, il ne faut pas... qu'ils te laissent seul à la maison ». Ils répliquent : « Ce n'est pas ce qu'on vous a dit de dire ! » C'est pourtant exactement ce qu'ils suggéraient quand ils disaient « Quand on le laisse seul à la maison, il grignote. Dites-lui qu'il ne faut pas. » C'est du bon sens. Un enfant gros en traitement

connaît des moments de faim. Il ne faut pas à ce moment-là qu'il puisse manger. Il suffit qu'il attende le prochain repas (comme dans un internat spécialisé). S'il peut manger dès qu'il a faim, il n'est pas soigné. Donc il ne faut pas qu'il soit seul. Un enfant gros laissé seul chez lui, même de temps en temps, ne guérit pas. L'ennui, la solitude, l'inquiétude (surtout s'il doit garder son petit frère !) et la faim le poussent à manger. Ne pas le laisser seul impose des choix draconiens, mais toujours possibles ! La preuve, quand il avait 3 ans, il ne restait pas seul ! Les parents avaient trouvé une solution. Dans les internats spécialisés (et très coûteux), l'enfant n'est jamais seul...

Mais les parents comprennent difficilement qu'ils ont un rôle de soignants protecteurs. Ils disent : « Il n'a qu'à pas... ». On peut alors leur rappeler que les adultes gros ne parviennent pas à résister à la nourriture quand ils ont faim. La chance d'un enfant gros, c'est d'avoir des parents... présents (ou d'autres adultes, substituts parentaux), qui le protègent. D'autres parents disent encore plus simplement : « Il n'est pas motivé » ; « On attend qu'il soit motivé ». L'idée qu'un enfant doive être motivé pour qu'on puisse soigner son excès de poids est largement répandue. J'y ai longtemps souscrit. J'en suis revenu. On peut défendre l'idée que les parents peuvent le soigner et le guérir sans lui demander son avis et même sans lui en parler tous les jours, comme ils le font souvent pour d'autres choses. On rejoint ici cette question de l'autonomie, hâtivement élevée au rang de valeur éducative. Si l'enfant court un risque, ne doit-on pas le protéger, malgré lui ? Ne vaccine-t-on que les enfants qui le demandent ? On a surestimé dans les décennies passées la capacité d'un enfant à se prendre en charge. S'il pouvait « se prendre en charge », il ne serait plus un enfant. Les soignants naturels sont les adultes qui sont responsables de lui et de sa santé, en premier lieu ses parents. Ils cumulent en effet des rôles majeurs : gestionnaires des approvisionnements, éducateurs de proximité, animateurs de loisirs, aides psychologues et confidents aimants.

Le discours médiatique ambiant déresponsabilise les parents des enfants gros. A force d'évoquer la publicité à la télévision, les repas à la cantine ou les distributeurs dans les lieux publics, on déresponsabilise les parents. « Que voulez-vous, on ne peut rien faire. Avec toute cette publicité... Il faudrait une loi... » Oui mais qui achète, prépare, sert les aliments ? Qui est nourricier ? Qui nourrit l'enfant ? La télévision ou ses parents ? Lorsque des parents demandent au médecin un « mot pour le restaurant scolaire », il peut répondre : « Au restaurant scolaire, il consomme 15% de son alimentation annuelle ; chez vous, 85%. Faites le mot vous-même ! Dites « Nous soignons notre enfant pour un excès de poids. Voici ce que nous avons mis en œuvre depuis quelques mois. Le restaurant scolaire peut-il nous aider en faisant... ».

Ce n'est pas la faute des parents si l'enfant est gros. Ce n'est d'ailleurs la faute à personne si un enfant devient gros (comme 15% des enfants). Les parents d'un enfant gros n'ont pas de chance, pas plus que les parents d'un enfant diabétique. D'autres enfants que le leur ont eu la même alimentation, le même emploi du temps et le même mode de vie ; ils ont été élevés avec le même style éducatif et pourtant ils ne sont pas devenus gros. Les parents d'un enfant gros ne sont donc pas coupables de l'excès de poids de leur enfant, pas plus que les parents d'un enfant diabétique. Mais ils sont, comme les parents du diabétique, moralement responsables des soins aux enfants. Ils le sont aussi légalement. Un enfant gros qui n'aurait pas été soigné dans l'enfance serait en droit de le reprocher à ses parents s'il devenait un adulte gros. Il pourrait aussi le reprocher à son médecin si celui-ci s'est contenté de dire, année

après année : « Il faut faire attention à son alimentation » ; « Il faudrait peut-être faire quelque chose » ; « Poids à surveiller ». Ces expressions sommaires ne constituent pas proposition thérapeutique.

Il arrive d'ailleurs que des parents ayant eux-mêmes un excès de poids depuis l'enfance disent : « J'en veux à mes parents de ne pas m'avoir soigné. Voilà pourquoi je veux soigner mon enfant ». Cependant l'excès de poids, même majeur, n'est pas considéré comme un élément qui, en soi, justifierait de retirer aux parents l'autorité parentale pour que l'enfant soit soigné. Autrement dit, comme il n'y a pas de danger vital immédiat, qu'il n'y a pas d'urgence, la société ne considère pas que, pour cette maladie, le défaut de soins justifie un placement. La question se pose quelquefois en sens inverse : quand une décision de placement a été prise pour une autre raison chez un enfant qui a un excès de poids et que l'enfant perd du poids grâce aux soins de la famille d'accueil, on peut prendre en compte cette évolution favorable avant de rendre l'enfant aux parents quand les raisons du retrait initial ont disparu.

Maladie ?

En réalité, pour beaucoup de parents et d'enfants, l'excès de poids n'est pas considéré comme une maladie, sauf quand il est très important, auquel cas les médecins parlent d'obésité morbide (c'est-à-dire malade !). Pour penser maladie, il faut des médicaments, des examens, une hospitalisation, une opération... Rien de tout cela pour l'enfant gros. Les parents (et les médecins souvent) utilisent donc des expressions comme « faire attention », « conseiller », « stabiliser » alors qu'on pourrait dire « soigner » et « guérir ». Mais si ce n'est pas une maladie, pourquoi y a-t-il un chapitre « obésité de l'enfant » dans tous les traités de pathologie pédiatrique ? L'hypertension artérielle est-elle une maladie ? L'hypercholestérolémie est-elle une maladie ? L'excès de poids ressemble à l'hypertension artérielle et à l'hypercholestérolémie.

Cependant, le statut de l'obésité (maladie ou variante de la normale) reste ambigu pour certains médecins qui ne soignent pas réellement les enfants gros. Pourquoi alors dépister les excès de poids précoces si on n'a pas l'intention de les soigner ? Quelquefois, découvrant qu'un enfant est trop gros, le médecin écrit dans le dossier de l'enfant : « poids à surveiller ». (N.B. Il n'écrit pas « vision à surveiller » pour un enfant dont l'acuité visuelle diminue). Pourquoi ne pas dire : « excès de poids à soigner » ? Surveiller le poids, c'est espérer que les choses peuvent s'arranger toutes seules. C'est possible, mais à la loterie, on ne gagne pas à tous les coups. A cette loterie-là on gagne une fois sur deux, seulement quand l'excès de poids est faible, jamais quand il est élevé.

Parce qu'ils ont conscience que le traitement d'un enfant gros est difficile (non pas compliqué, mais difficile), et qu'il implique les parents, le médecin et les parents retardent souvent l'heure du traitement. Ils regardent l'enfant grossir, devenir sédentaire et vieillir, c'est-à-dire devenir adolescent. Or un enfant de dix ans qui a 10 kilos de trop guérit plus facilement que l'adolescent de 15 ans qui a 30 kilos de trop. Par ailleurs la compliance aux soins est moins bonne chez l'adolescent, lequel bouscule ses parents quand ceux-ci veulent l'aider. Or cet adolescent qui a 30 kilos de trop a obligatoirement eu 10 kilos de trop quelques années plus tôt.

L'attentisme du médecin est coupable. Celui des parents s'explique quelquefois par des difficultés sociales, conjugales ou économiques. Ils ont d'autres chats à fouetter : une nouvelle grossesse, des naissances rapprochées, une maison à construire, du chômage, de la misère, un autre enfant handicapé, une grand-mère à soigner... C'est rarement dit aussi clairement parce que l'aveu est douloureux. Mais celui qui écoute soigneusement parvient à décoder : « Avec la vie qu'on mène, on n'a pas eu le temps de s'en occuper ».

La difficulté des soins (suite)

Ma longue fréquentation des enfants gros m'a conduit à abandonner les prescriptions diététiques pour une proposition comportementale qui se décline ainsi :

1. L'enfant ne reste jamais seul à la maison ;
2. Il marche trente minutes chaque jour ;
3. Il ne mange pas entre les repas. Un repas est un moment où l'enfant est assis, devant une table avec des couverts, en présence de quelqu'un d'autre ;
4. Il n'est pas resservi ;

Je précise que le menu du goûter comporte un aliment, qu'une boisson sucrée est un aliment liquide, donc un dessert ou le menu du goûter, et que les aliments consommés en dehors des repas (barre chocolatée, chips, bonbons) deviennent des éléments du repas.

En général les parents et l'enfant trouvent cette proposition plus pertinente qu'un régime diététique. Mais ils réalisent rapidement qu'ils vont devoir affronter un environnement hostile et remettre en cause le fonctionnement familial.

Explications :

Les grands-parents des enfants trop gros ont été élevés après la guerre, il y a 50 ans, à la fin de la modernité. Leur comportement alimentaire était cadré par des règles qui ne se discutaient pas. Exemple : « On attend le repas pour manger » ; « On ne parle pas la bouche pleine » ; « On finit son assiette » ; « On ne mange pas entre les repas ». Ces règles ne se discutaient pas. A l'époque, il y avait peu de voitures. Les gens, adultes et enfants, se déplaçaient en marchant.

Les parents des enfants trop gros ont 30 à 40 ans. Ils ont été élevés dans la post-modernité, après 1968. A cette époque, les règles éducatives sont devenues plus souples. On a valorisé l'autonomie de l'enfant. On attend de l'enfant (gros ou non) qu'il fasse un tri dans les informations reçues, qu'il soit critique et qu'il construise son propre comportement alimentaire. On attend qu'il maîtrise son comportement. On lui demande d'être raisonnable dans un monde alimentaire où la raison s'efface devant la complexité et la démesure. On fait appel à son autonomie et à sa raison. On décide qu'il est assez grand pour faire les bons choix puisqu'il est informé. Mais ses choix sont d'abord dictés par le plaisir procuré par les aliments que la société pousse vers lui. La liberté d'élaborer son comportement alimentaire, liberté qui lui a été accordée sans qu'il la revendique, est piégée par un environnement libéral et concurrentiel. La société des adultes sait d'ailleurs que l'enfant est piégé puisqu'elle lui répète inlassablement : « Il faut faire attention ». Mais s'il doit faire attention, c'est qu'il est en danger et c'est alors aux adultes, de le protéger, et non à l'enfant de trouver les

parades et les protections. Car c'est un enfant. Le droit fondamental de l'enfant d'être bien nourri est devenu le devoir de l'enfant de bien se nourrir.

Le grignotage est apparu, parfois institutionnalisé. On apprend aux enfants à grignoter, puis on leur reproche de le faire ! La nourriture a perdu sa valeur sacrée. On jette de plus en plus de nourriture à tous les stades de la chaîne de distribution. On a inventé l'apéritif, dont personne ne veut voir que c'est une forme de grignotage. Les voitures se sont multipliées. Les gens ont perdu l'habitude de la marche.

Ces parents élèvent leurs enfants en reproduisant l'éducation reçue : beaucoup de liberté alimentaire. Mais ils sont confrontés à une situation nouvelle : l'hypermodernité, c'est-à-dire la démesure, l'ici-maintenant dans laquelle nous sommes entrés il y a 20 ans environ. Les sollicitations alimentaires sont démesurées. Le coca-cola est vendu par lot de 6 bouteilles en plastique de 1,5 litre. Les sucreries panachées occupent des gondoles de trois étages sur 20 mètres de linéaires. Devant le lycée, les sandwicheries se concurrencent en proposant à toute heure des sandwiches hyperbons et hypervariés, avec des frites au ketchup. Dans les restaurants populaires, les portions sont de plus en plus grandes. Les industriels jouent sur les couleurs, les arômes, les textures, qu'ils rendent de plus en plus attrayantes. A la maison, les placards de cuisine font office d'épicerie. Le congélateur est rempli comme si la guerre menaçait. Les stocks sont reconstitués avant d'être épuisés.

La sédentarité est organisée. La marche des enfants devient difficile, voire impossible en raison des choix de vie (exemple des parents qui choisissent d'habiter à 30 km de la ville pour avoir un grand jardin dont l'enfant ne profite guère après 10 ans). L'enfant ne marche plus. Ses premiers pas sont parfois les derniers (ou presque).

Donc l'évolution de la société a deux effets sur l'excès de poids. Sans doute favorise-t-elle l'épidémie bien que la démonstration de la cause exacte reste difficile. Plus sûrement elle gêne le traitement parce que les enfants sont davantage autonomes (plus libres), que l'exposition sensorielle alimentaire est démesurée et quasi permanente et que la marche (30 minutes par jour) devient un exploit. L'enfant gros est victime de l'hypermodernité qui rend l'application de son traitement très difficile.

D'autres éléments gênent le traitement de l'enfant gros.

De plus en plus souvent, les enfants ont plusieurs lieux de vie (= lieux où l'enfant prend un repas). On peut compter jusqu'à six lieux de vie chez certains jeunes enfants (chez la mère, chez le père, chez les grands-parents, chez l'assistante maternelle, au restaurant scolaire). Comment assurer un comportement alimentaire identique dans tous les lieux de vie ? C'est pourtant nécessaire pour donner des soins efficaces à un enfant gros puisque les soins consistent à réguler le comportement alimentaire. Pour être couronnés de succès, des soins identiques sont nécessaires partout. Un accord entre tous les adultes qui ont la délégation même brève de l'autorité parentale est nécessaire. Sinon on court à l'échec.

Les soins deviennent impossibles quand des parents séparés (situation fréquente) sont en désaccord sur la nécessité de soigner un enfant gros. En effet, les soins dont l'enfant gros a besoin conduisent à des moments de frustration : ne pas se resservir de ce qu'il aime, devoir attendre le repas pour manger, marcher alors qu'il aurait pu

être emmené en voiture. Les soins nécessitent aussi que les parents limitent certains de leurs désirs. Ainsi, à moins d'être malveillants, ils ne peuvent servir l'apéritif lorsque l'enfant gros est présent. Mais si les deux parents d'un enfant en garde alternée n'agissent pas dans le même sens, la situation est catastrophique pour lui. Les soins donnés par l'un n'ont pas d'effet favorable parce que la réduction de la consommation alimentaire chez le parent aidant est compensée par la liberté que laisse l'autre. Pire ! Les effets indésirables, voire pervers apparaissent : le parent aidant (et frustrant) est perçu comme malveillant (« mauvais ») et le parent non aidant comme « bon » !

Quand les parents ne sont pas séparés (situation encore fréquente), le père est souvent absent de la relation de soins. En effet dans de nombreuses familles : enfant + alimentation + éducation + santé = mère. Les mères disent parfois : « Je ne peux pas compter sur son père ». Le père est pourtant autant responsable de son enfant que la mère. Curieusement il lui est toujours plus difficile que la mère de venir en consultation ! C'est pourtant indispensable parce que les soins seront longs et difficiles. Il est donc préférable que les parents en partagent la mise en œuvre. Une prescription telle que « supprimer le rite de l'apéritif quand l'enfant est présent » est moins bien suivie si la mère la retransmet au père que si le père la reçoit directement du médecin, lequel peut alors la justifier avec force. Autre exemple : aller marcher quotidiennement avec son enfant apparaît impossible pour un père qui s'entraîne pour le marathon de Paris. « Il n'a qu'à venir courir avec moi » réplique-t-il assez stupidement. Il peut être difficile de faire comprendre à ce père que son chrono au marathon passe après la santé de son enfant, lequel a besoin de son père maintenant.

La vie de l'enfant gros est parfois compliquée par la présence des frères ou des sœurs. Les parents disent : « Vous comprenez, son frère n'est pas gros et ne mange rien. » Les soins dont a besoin un enfant ne sont pas proposés à toute la famille. Mais on peut demander aux autres enfants de ne pas compliquer la vie du gros, en ne mangeant pas sous son nez, en acceptant que les portions servies (et toujours préparées à l'avance) ne soient pas de taille identique.

L'enfant gros a souvent des grands-parents dont le comportement peut être ambigu. Quelquefois ils ne comprennent pas que l'enfant a besoin d'être aidé. Ils n'assurent pas les soins nécessaires et gâtent l'enfant. Le verbe « gâter » a deux sens en français (faire plaisir et abîmer) qui peuvent tous les deux qualifier le comportement des grands-parents de l'enfant gros. Ailleurs ils sont plus inquiets que les parents et donnent des soins que les parents ne donnent pas au risque de faire passer les parents pour de mauvais parents (puisqu'ils ne soignent) aux yeux de l'enfant.

Lorsque l'enfant gros vit en collectivité, les choses se compliquent davantage. Souvent chacun des éducateurs ou des personnels de service a une conception personnelle (et différente de celle des autres) de ce qui serait bien pour l'enfant. Il sait (Cf. supra) ! Et souvent en voulant lui faire du bien, il stigmatise l'enfant par rapport aux autres enfants. Surtout l'enfant ne peut pas comprendre le désaccord entre tous ceux qui s'occupent de lui et qui lui disent des choses différentes.

La relation d'aide

Ces propos semblent défaitistes. Mais un enfant gros peut guérir. Il faut et il suffit que ses parents oublient le passé (ils ne sont pas coupables, l'enfant non plus, ils n'ont rien fait de mal, l'enfant non plus, tout au plus ont-ils trop attendu...), qu'ils se sentent responsables de soins, qu'ils les partagent à deux, qu'ils fassent preuve de bienveillance et se préparent à affronter la... durée. Ils seront d'autant plus fiers d'avoir guéri leur enfant que l'environnement est devenu plus défavorable. Ils disent parfois : « On le sent mal dans sa peau. On fera tout ce qu'il faut pour l'aider ». C'est effectivement, ce dont l'enfant a besoin : que ses parents se mettent à son service, que soigner son excès de poids devienne leur priorité, qu'ils y mettent toutes leurs forces et leur temps, comme les parents des autres enfants qui ont une maladie de longue durée. Les parents d'un enfant handicapé le font quotidiennement, minute après minute, pendant des années. Ceux d'un enfant allergique, diabétique ou phénylcétonurique contrôlent son alimentation, repas après repas, pendant des années. Pourquoi les parents d'un enfant trop gros n'en feraient-ils pas de même pendant 12 mois, 18 mois ou 24 mois ? C'est eux qui doivent anticiper les pièges alimentaires, donner le médicament « marche », s'organiser pour que les règles comportementales soient respectées, sans en parler tout le temps pour ne pas « saouler » l'enfant.

Le traitement de l'enfant trop gros est un traitement de longue durée. Cette durée est en soi une difficulté. Le temps est l'ennemi. L'enfant gros sous-estime toujours le temps qu'il lui faudra pour guérir. Les parents peinent à soigner l'enfant longtemps. Quand ils adhèrent au traitement proposé et qu'au bout d'un mois ou deux, l'enfant a cessé de grossir, voire a perdu du poids, qu'ils sont heureux et n'ont noté aucun effet indésirable, ils disent « pas de problème, on continue, on est si content ». Et pourtant, souvent, 6 mois après, ils abandonnent.

Pour être efficaces, les soins dont a besoin l'enfant trop gros doivent être continus. Pas 6 jours sur 7. En un jour on peut annuler les bénéfices engrangés pendant 6 jours. L'enfant a donc besoin d'une aide constante. Or les exceptions aux soins viennent souvent des parents. Elles retardent la guérison et sont un contre-exemple antipédagogique. L'exemple le plus criant est le rite de l'apéritif. Cela peut sembler une obsession de ma part ! Je me répète ! Mais je signe ! Car l'apéritif est devenu en France une caricature des comportements alimentaires modernes dérégulateurs que l'on se refuse à condamner au nom de la convivialité. Le jour où les parents servent l'apéritif à leurs amis devant leur enfant gros, ils soignent bien leurs amis mais traitent mal (maltraitent ?) leur enfant. Comment un enfant peut-il comprendre que les seules exceptions à la règle « Je ne mange pas en dehors des repas » viennent de ceux qui devraient le soigner ?

Il arrive que, voulant être bienveillants, l'un des parents de l'enfant gros lui dise : « Pour t'aider, je vais faire comme toi ». Ils sous-entendent en particulier qu'ils vont manger comme lui, qu'ils vont faire le même « régime ». Mais l'enfant gros a besoin qu'on l'aide, non qu'on fasse comme lui. Aider, ce n'est pas faire pareil. L'enfant gros a besoin que ses parents lui facilitent l'acceptation des soins, par exemple, en n'utilisant plus leur voiture. Accros de leur ceinture de sécurité, véritable ceinture de sédentarité, ils accusent les jeux vidéo et oublient d'accuser la voiture qui conduit l'enfant (et ses parents) au travail et dans les magasins. Aider un enfant gros, c'est prendre la question au sérieux, entendre l'expression de sa souffrance, comprendre son handicap, l'encourager, marcher ensemble, manger ensemble, favoriser la

régularité, anticiper les difficultés, supprimer les pièges... On n'aide pas un enfant gros quand on lui reproche d'être gros, quand on se fâche parce qu'il « craque », quand on le menace, mais aussi quand on abuse des légumes vapeur, quand on porte son cartable, quand on l'accompagne en voiture, quand on remplit le réfrigérateur, quand on se donne en exemple, quand on achète des boissons light, quand on manifeste à haute voix sa désespérance.

En effet, comme le traitement est long, d'autant plus long que l'enfant n'a pas été soigné précocement, il a souvent tendance à désespérer de la lenteur de l'évolution, parfois avec une connotation dépressive. Il a donc besoin que ses parents l'encouragent, non qu'ils désespèrent avec lui.

Plus l'enfant se rend compte que ses parents modifient leur comportement pour l'aider, plus, en retour, il accepte les soins dont il a besoin, et plus, en retour de retour, ils ont envie de l'aider. C'est une spirale de renforcement de la motivation. Attention ! Cette spirale se débobine facilement.

En résumé. Les enfants trop gros sont de plus en plus nombreux depuis 30 ans. On ne sait pas expliquer correctement cette épidémiologie. Peut-être s'agit-il d'un microbe ou d'un virus, plus sûrement d'un toxique environnemental agissant comme un perturbateur endocrinien modifiant la balance énergétique, notamment chez des sujets génétiquement prédisposés. Mais la plupart des gens pensent que les enfants trop gros le sont devenus parce qu'ils ont mal ou trop mangé. Ce point de vue, qui n'est pas étayé par la comparaison du comportement des enfants qui deviennent gros et de ceux qui ne le deviennent pas, aggrave la souffrance des gros qui sont persuadés de leur culpabilité. Ils se sentent mauvais, mous, faibles. Ils sont mal dans leur peau. Ils souffrent du regard posé sur eux. Leur souffrance échappe aux autres et leur handicap est nié. Ils ne sont pas considérés comme malades, ni comme victimes. Pourtant ils le sont. Ils n'ont pas choisi d'être gros, pas plus que les épileptiques n'ont choisi de convulser. La sédentarité consécutive à l'excès de poids aggrave la situation et la dureté des regards des autres.

L'enfant gros peut guérir. Mais c'est difficile, car il doit accepter d'avoir faim. Il doit être aidé, accompagné, en permanence. Les parents doivent changer leur comportement pour changer le sien. L'hypermodernité boulimique et sédentaire est un obstacle au traitement.

J'ai fini mon plaidoyer en faveur des enfants gros. Merci de m'avoir écouté et peut-être de contribuer à modifier le regard posé sur eux par la société.