

Le poids des mots

Approche clinique et accompagnement d'adolescents souffrant d'obésité sévère

Jean Malka, Philippe Duverger
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent – CHU d'Angers

"Je suis né à midi moins le quart !"

Ainsi furent les premiers mots de Karl en entretien psychothérapeutique. Cette construction, a posteriori, du signifiant – celui de l'heure de manger - sous lequel ce jeune obèse de 13 ans s'inscrit n'est pas sans rappeler les premiers mots de Gargantua lors de sa venue au monde : "J'ai faim !" Cette dimension toute rabelaisienne du rapport à la nourriture que nous fournit d'emblée Karl permet une première saisie de la question de l'obésité, celle d'une oralité qui déborde la question du désir – ne serait-ce que le désir de manquer – pour rejoindre celle de la jouissance, jouissance orale sans limite, imposée au sujet par son corps, à l'insu de sa volonté propre. Jouissance qui déborde au point d'affranchir le sujet de toute responsabilité vis-à-vis d'un symptôme dont le seul levier thérapeutique ne serait alors imputable qu'aux seuls facteurs externes susceptibles d'enrayer le trouble des conduites alimentaires responsables du surpoids. "Facteurs externes" ne signifie d'ailleurs pas nécessairement que ceux-ci soient acceptables pour le sujet obèse.

Ces facteurs peuvent en effet, au contraire d'une aide, être perçus comme persécuteurs, car limitant une jouissance vis-à-vis de laquelle la seule plainte est celle des conséquences en termes de poids. Dans ce cas, la demande n'est pas celle de s'arrêter de jouir, mais de s'arrêter de grossir... tout en continuant à jouir...Dilemme insurmontable s'il en est !

A l'inverse, ces facteurs externes peuvent être vécus comme une aide précieuse à la limitation de la jouissance en question, mais l'expérience clinique montre bien souvent que cette demande, faite à l'autre, de maigrir s'inscrit alors dans une relation de dépendance à cet autre secourable, dépendance parfois teintée de masochisme... autre écueil, tout aussi dangereux.

Mais dans les deux cas, le point commun est que le sujet s'affranchit du questionnement qui peut l'amener à penser son oralité dévorante en tant que symptôme méritant une élaboration subjective, une quête de sens donc, à travers le travail de la parole.

Or, qui dit parole, qui dit narrativité, implique l'Autre auquel tout énoncé visant à se nommer – "je-suis-né-à-midi-moins-le-quart" dans notre exemple – doit venir s'accrocher pour en recevoir un sens : "Que veux-tu dire par là ?" répond-on à ce jeune homme de 13 ans qui vient nous surprendre par ses premiers mots. Répondre par un "air entendu" aurait laissé ce jeune bien seul avec une parole "sans appel", au sens littéral que ce terme revêt.

Or cet Autre, pour qu'il s'exprime, implique que le sujet qui parle consente à faire une pause dans les mots de la langue articulée ; autrement dit à faire une place au silence, propice à l'introspection, propice aussi à l'écoute, à l'effort de traduction, voire à l'interprétation qui permet à la parole de se situer "au-dehors" en révélant des choses inconscientes, en décalant un propos pour en nourrir un autre, en produisant un questionnement, une surprise, parfois un savoir nouveau sur soi, sur son rapport à l'autre...

Or les jeunes obèses que nous rencontrons en consultation nous le disent presque tous : "je mange quand je m'ennuie". Mais de quel ennui s'agit-il ? Leur réponse est sans équivoque : l'ennui, pour eux, c'est quand la pensée se vide, quand "tout est blanc à l'intérieur" comme nous le dit Sabrina, 15 ans, laissant place à une forme d'angoisse qu'ils traduisent défensivement par le terme d'"ennui".

Ennui qu'ils traitent tout aussi défensivement par le fait de "se remplir" par l'ingestion de nourriture, autrement dit de faire en sorte d'être comblés, à l'instar des mots de la langue articulée dont ils font un usage tantôt parcimonieux à travers un silence qui rend la rencontre impossible, tantôt débordant lors de moments d'excitation sans limite, rendant l'autre spectateur d'une parole "sans appel", une parole qui ne serait donc pas animée du désir de recevoir une réponse.

Voilà ce qui ressort souvent des premières rencontres. L'évolution dépendra ensuite de nombreux facteurs, que nous aborderons plus loin, au premier rang desquels figure la qualité de la relation de soin et de son organisation.

Place de l'oralité dans le développement psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent.

Avant de s'intéresser aux rapports qu'entretient l'adolescent avec la nourriture, commençons par étudier le lien du nourrisson avec son environnement par l'intermédiaire de l'oralité.

L'on sait depuis Freud (Freud S., 1905) que l'oralité condense les notions de besoin alimentaire, de plaisir auto-érotique et de relation à l'objet (initialement maternel), et cela, dès les premiers mois de vie du nourrisson.

Les travaux de K. Abraham (Abraham K., 1924) et ceux de M. Klein (Klein M., 1957) ont ensuite permis de mettre en évidence le rôle de l'oralité dans le processus de différenciation entre le Moi et le non Moi, en particulier lors du passage de la succion au fait de mordre, d'incorporer et de détruire l'objet pour en faire sa propre création. Cette expérience à la fois corporelle, subjective et intersubjective apparaît fondamentale dans la mesure où il s'agit de détruire en soi un objet libidinal (un objet d'amour donc) afin de s'en nourrir dans le but de s'auto gratifier, et donc de s'investir soi-même. C'est à partir de cette expérience paradoxale que l'accès à l'ambivalence du Moi vis-à-vis de l'objet va, selon cette théorie, se développer. Ici, les besoins alimentaires du nourrisson s'intriquent non seulement avec la reconnaissance et donc la différenciation de l'autre et de soi, mais aussi avec la reconnaissance et la différenciation de l'autre en soi.

M. Klein (1957), dans le sillage de K. Abraham, a radicalisé les choses en individualisant un Moi précoce, clivant les parties gratifiantes de l'objet (procurant plaisir, satiété etc.) que ce Moi s'attribue alors comme siennes, des parties non gratifiantes de cet objet (provoquant frustration et déplaisir) qu'il projette alors hors de lui. Ce clivage permet au bébé dans un premier temps de démarquer de manière radicale un intérieur vécu par lui comme "bon" d'un extérieur vécu par lui comme "mauvais", favorisant ainsi la délimitation du Moi et du non-Moi. Les bonnes expériences sont ainsi attribuées par le bébé à son Moi précoce (par introjection); les mauvaises expériences, quant à elles, se trouvent projetées vers un monde externe vécu comme mauvais (projection).

J.B. Pontalis (Pontalis J.B., 1972) reprend ce mouvement d'introjection-projection en estimant que l'on peut même à l'extrême concevoir tout le fonctionnement de l'Inconscient et jusqu'à la constitution de l'individu, sur le mode du corps-bouche qui avale et qui vomit, qui détermine les limites du dehors et du dedans. On mesure ici l'importance de la qualité des premières expériences alimentaires dans la constitution du Moi et de son fonctionnement.

A ce titre, D.W. Winnicott (Winnicott D.W., 1971) situe ces premières expériences orales à l'origine des capacités autoérotiques du bébé et donc de sa capacité à rejouer, dans le théâtre de son corps (succion non nutritive, jeux de motricité ...), puis dans des jeux plus externalisés, les expériences de plaisir et de déplaisir, inéluctablement associées à ce qui est « avalé » (c'est-à-dire incorporé par la bouche puis introjecté dans la psyché) et ce qui est « vomit » (c'est-à-dire rejeté du corps puis projeté hors du Moi). Ne dit-on pas, à propos de l'expérience de la colère, qu'elle nous met « hors de nous » ? Mais, pour que l'espace transitionnel - c'est-à-dire une aire de jeu - s'ouvre à l'enfant, il faut, en premier lieu, que la mère réussisse à lui donner l'illusion que son sein et que ses soins font un peu partie de lui et

pas exclusivement d'elle. Cette capacité maternelle à illusionner son bébé se trouve ainsi au cœur du développement de l'axe auto-érotisme – narcissisme primaire. La tâche de cette même mère consistera ensuite à désillusionner ce même bébé, progressivement, afin de le laisser peu à peu trouver lui-même, à travers le jeu (dont la fonction est de mettre en scène l'alternance des bonnes et des mauvaises expériences), l'espace d'illusion qu'il choisira de se créer pour lui-même, et plus tard de partager avec l'autre, notamment dans la sexualité. Pour Winnicott, c'est donc bien parce que le processus illusion-désillusionnement s'est déroulé de manière satisfaisante, que le sevrage réel de la mère peut s'effectuer sans difficulté.

Le nourrisson est ainsi tout d'abord très dépendant de son environnement, qui, de ce fait, joue un rôle fondamental dans la constitution de son appareil psychique. Celui-ci se construit notamment à travers la manière dont ledit environnement lui présente le monde extérieur, mais aussi lui traduit ce qu'il entrevoit de son monde interne, et en particulier le couple plaisir/déplaisir. La "préoccupation maternelle primaire", chère à Winnicott, apparaît à cet égard comme la matrice fondatrice à partir de laquelle le petit d'homme organisera les premiers liens sémiotiques entre le perçu et le symbolisé.

Si l'oralité est si importante à cet âge, c'est bien parce que sa place excède, et de loin, la simple fonction de nourrissage, pour intéresser notamment toute la sphère relationnelle et organiser les premiers liens libidinaux de l'enfant : liens objectaux (libido d'objet), mais aussi liens narcissiques (libido narcissique). De nombreux apports théoriques nous aident ainsi à mieux saisir le rapport qu'entretient l'oralité avec le développement psycho affectif de l'enfant en faisant véritablement figure de "pierre angulaire" entre le corps et l'environnement par l'intermédiaire du couple plaisir (gratification)/déplaisir (manque), consubstantiel du couple réplétion/vacuité de la cavité gastrique. Et si le couple vacuité/réplétion appartient au domaine du corps propre, le couple plaisir/déplaisir s'enracine indiscutablement dans les premiers liens libidinaux entre la mère et son bébé, organisant en particulier tout l'axe amour/haine qui présidera à la mise en place de la "position dépressive" (M. Klein) et, plus tard, de la culpabilité oedipienne, autrement dit, à l'accès aux processus secondaires et donc à l'entrée de l'enfant dans le lien social en tant qu'aménagement nécessaire de la vie pulsionnelle, aménagement dont on connaît, depuis S. Freud (1929), le caractère inconditionnel.

De là, l'enfant se constitue et s'organise en fonction de sa capacité d'adaptation à l'environnement et aux nouvelles situations. L'adolescence, du fait des remaniements de la vie pulsionnelle qu'elle induit, vient convoquer à nouveau toutes ces notions de plaisir/déplaisir, gratification/manque, amour/haine etc., mais cette fois à partir de la sexualité génitale qui

s'origine dans la sexuation du corps, définitivement féminin ou masculin et donc définitivement "incomplet". Cette incomplétude préside ainsi à toute vie humaine, et introduit la question du désir sexuel en tant qu'articulée au manque autant qu'en tant qu'instituant l'ordre des générations et donc un rapport nouveau à la mort. Libido d'objet (relation à l'autre) et libido narcissique (relation à soi) se trouvent ainsi intimement liées par le fait que "l'autre" apparaît, aux yeux de l'adolescent, comme seul capable de combler l'épreuve du manque, jusque dans le corps propre, à travers la relation sexuelle. Et lorsque l'autre se dérobe, c'est tout le corps qui risque de se dérober. Les tentatives de suicide et autres mises en jeu violentes du corps n'y sont certainement pas étrangères...

A cette menace non seulement de perte, mais, plus encore, de dérobement et donc de trahison, plusieurs moyens de lutte s'offrent aux adolescents, moyens parfois structurants, mais aussi parfois pathologiques, en particuliers lorsque ces moyens font appels à des ressources archaïques - celle du bébé précisément - risquant de se fixer, notamment autour de l'oralité et des fantasmes d'incorporation qu'elle convoque, ouvrant alors la voie, sur le plan comportemental, à tout le champ des troubles des conduites alimentaires, dont l'hyperphagie et l'obésité.

A l'adolescence, ce recours à l'oralité archaïque, ainsi décrite, s'origine toutefois dans un lien intersubjectif précoce dans lequel la place faite à la jouissance du corps s'avère souvent sans limite. Et cette absence de limite n'est pas sans prolongement au sein même d'une organisation familiale où se mêle fréquemment confusion des sexes et des générations, autrement dit, où la question sexuelle en tant qu'organisatrice des liens sociaux apparaît réellement ou fantasmatiquement éludée.

C'est donc au moment – celui de l'adolescence - où se trouvent convoquées toutes ces questions qui ont trait à la différenciation, à la séparation, à l'incomplétude, au manque et donc au désir, ainsi qu'à l'ordre des générations, que la vie affective se trouve chez certains à ce point menacée que le recours à un néo objet primaire, ersatz de substitut maternel corvéable à merci (ici l'alimentation), s'avère être le seul pour survivre, mais au prix d'un enfermement addictif qui laisse peu de place à la parole : "on ne parle pas la bouche pleine...!"

A cet égard, l'adolescent obèse a ainsi souvent beaucoup de mal à exprimer initialement ce qu'ils ressent, et préfère alors se replier, fuyant les situations menaçantes, parfois même le seul regard d'autrui, faisant ainsi en sorte qu'on ne lui demande rien. Aux difficultés communicationnelles propres au processus adolescent lui-même, s'ajoutent alors celles d'un

corps et d'un comportement – ici alimentaire - qui mettent à distance l'autre en tant qu'interlocuteur, et empêchent ainsi tout commerce.

Rapport de l'adolescent à l'objet oral dans nos sociétés de consommation

Le processus dynamique consistant en un ajustement à la fois permanent et toujours fragile entre notre capacité d'illusion et le nécessaire désillusionnement que le principe de réalité nous impose, apparaît aujourd'hui malmené par nos sociétés modernes, en ce que ces sociétés fondent leur raison d'être sur la notion de longévité, de confort, de bien-être, c'est-à-dire sur tout ce qui viserait à convaincre que l'Idéal est à venir.

La "désinscription" de l'impossible – désinscription qui va d'ailleurs jusqu'au cœur de la démarche scientifique elle-même - marque aujourd'hui notre vie sociale en laissant croire que tout est devenu possible, que rien n'est impossible.

Dans cette mouvance, l'objet de consommation est présenté comme possédant le pouvoir de gommer cette irréductible indisponibilité, cette irréductible insatisfaction, ce manque inhérent à toute vie humaine, laissant nombre d'entre nous croire à une possible pleine satisfaction, que l'on pourrait qualifier de "satisfaction orale" en tant que lieu de retrouvailles avec l'illusion nirvanique de toute-puissance infantile développée plus haut.

Une expression bien connue de tous dit que "l'on ne parle pas la bouche pleine". Cette expression se situe bien sûr dans le registre du savoir-vivre. Mais une autre lecture peut en être faite : ne pas parler la bouche pleine signifie aussi que la pleine satisfaction orale barre le chemin de la parole. Une parole, un langage, à comprendre non seulement comme un lieu de communication, mais aussi comme le lieu d'expression du manque (puisque le mot n'équivaut jamais à la chose désignée par ce mot ; le mot n'est pas la chose qu'il désigne), ainsi que comme le lieu de l'équivoque, du malentendu, de l'inadéquation entre signifiant et signifié, entre le désir inconscient et le besoin exprimé, entre ce que l'un dit et l'autre comprend... Cette irréductible inadéquation du langage devrait être le terreau d'une créativité humaine consistant à sans cesse inventer, au bord des failles du langage, des réponses propres à chacun, des réponses subjectives que chacun tente de partager à travers le lien social qui, lui, est fait de codes arbitraires, symboliques, évitant que l'inévitable malentendu du langage ne génère trop de violence, trop de rejet des uns vis-à-vis des autres.

Le lien de tout cela avec le processus d'adolescence est que tout processus de subjectivation ne peut se faire sans un mouvement dit de "séparation-individuation" qui procède de la

capacité du sujet adolescent à créer, à inventer ses propres réponses, mais toujours dans le lien social, quitte à ce que ce lien prenne la forme de la provocation, de la transgression, de la révolte, de l'originalité etc.

Ce mouvement de "séparation-individuation" dépend donc d'une part de la capacité de l'adolescent à créer, à inventer ses réponses, et d'autre part, de sa capacité à maintenir du lien à l'autre, et par là même, de la capacité de l'autre (parents, fratrie, pairs, enseignants, éducateurs, soignants...) à maintenir du lien envers lui.

Tout refus du sujet lui-même ou de son environnement d'autoriser ce mouvement de "séparation-individuation", en érigeant en loi le fait de n'accepter aucune inadéquation entre désir et satisfaction viserait ainsi à combler tout manque à travers une oralité aussi nourrissante pour le corps que dévorante pour le sujet.

L'observation clinique nous montre bien à quel point les troubles des conduites alimentaires, qu'ils soient restrictifs ou non, viennent combler le sujet d'un objet - la nourriture – ou de son absence (addiction sans produit, ou addiction "en creux") visant à gommer tout ce qui pourrait faire conflit et donc rupture, faille. Cette "aconflictualité" se retrouve cliniquement tant à l'échelle individuelle (absence de plainte, pauvreté de la mentalisation) que familiale (problématique de dépendance interpersonnelle, fonctionnement de type "clanique", etc.) et soulève bien souvent la question du déni de l'incomplétude, de l'altérité, de l'ordre des générations ; au profit de l'illusion, parfois autarcique, parfois symbiotique, mais toujours toute-puissante, dont les troubles des conduites alimentaire apparaîtraient, selon cette approche, comme un symptôme non mentalisé.

Psychogénèse de l'obésité

Soulé (Soulé M., 1967) souligne que toute difficulté ressentie par le nourrisson (frustration trop longue, non adéquation des soins maternels...) peut éventuellement se traduire par une intense activité orale susceptible de se fixer et de devenir, chez l'enfant plus grand, un véritable mode de régulation des tensions internes, sous la forme d'une régression à l'époque satisfaisante où la prise d'aliments réduisait toute tension ou toute angoisse.

Dans cette optique, l'on perçoit que tout conflit psychique puisse induire d'intenses mouvements régressifs au stade oral du développement face au danger qu'impliquent certains événements (d'ordre oedipien, surmoïque, etc.), et ce d'autant plus que les satisfactions orales représentent le prototype de la jouissance la moins génératrice de conflits, voire la jouissance par laquelle l'enfant imagine, en outre, satisfaire sa mère (Schmit G., 1995).

Dans cette perspective dynamique, d'autres auteurs se sont penchés sur l'obésité en tant que réalisation inconsciente d'un « idéal hermaphrodite » évitant à l'enfant de se confronter trop directement à une sexualité qui l'engagerait inéluctablement dans un commerce avec l'autre sexué, en l'occurrence ses pairs.

Dans le même registre, celui de l'indifférenciation, Hilde Bruch (Bruch H., 1999) a proposé, à propos de l'obésité, l'hypothèse de la « confusion des affects » au cours de laquelle il existerait chez l'enfant une confusion entre ses besoins affectifs et ses besoins nutritionnels, du fait d'une difficulté du lien entre le parent nourricier et son bébé ; difficulté au cours de laquelle la mère (au sens du référent maternel) répondrait à toute manifestation du bébé par la présentation de nourriture, dans le but inconscient d'éviter des moments relationnels trop menaçants pour elle. Dans cette hypothèse, le besoin de nourriture, initialement sous-tendu par les pulsions d'autoconservation, vient en lieu et place du désir, en principe peu à peu convoqué par la libidinisation progressive du lien mère-bébé. L'une des conséquences serait une difficulté, de la part du bébé, à intérioriser un objet maternel suffisamment bon, propice à une activité auto-érotique (succion non nutritive, investissement du corps, vie onirique etc.) d'une qualité suffisante à l'investissement secondaire de sa propre activité de penser. Dans cette perspective, la part autoérotique de la fonction nutritive deviendrait qualitativement insuffisante au cours du développement psychoaffectif des sujets en proie à ces phénomènes addictifs, notamment alimentaires. Se nourrir, reviendrait ainsi chez eux à « se remplir ». Il faudrait ainsi « se remplir » sans cesse, c'est-à-dire faire en sorte de ne jamais avoir à éprouver le moindre manque, du fait d'une capacité insuffisante à rejouer fantasmatiquement de manière gratifiante (fonction de restauration du jeu) des événements de la réalité externe susceptibles d'avoir blessé le narcissisme du sujet qui les a vécus.

H. Bruch considère qu'à l'origine des troubles de l'alimentation, se trouve donc une inadaptation fondamentale de la sensation de faim, allant en général de pair avec d'autres perturbations fonctionnelles, qui toutes témoignent d'un conditionnement déficient remontant aux premières années de la vie. Il s'agit donc d'une déficience fonctionnelle du besoin manger. De cette « déficience fonctionnelle », résulte un phénomène de facilitation des prises alimentaires en réponse à des émotions négatives (anxiété, stress, tension psychique, sensation de vide, etc).

L'obésité deviendrait, dans toutes ces situations, non seulement le symptôme par lequel l'enfant révèle les avatars de son développement psychoaffectif, mais également le symptôme par lequel il tente, plus ou moins consciemment, de se protéger d'un excès d'excitation, que celui-ci provienne de lui-même (angoisses, sentiment d'insécurité interne) ou de l'extérieur

(sollicitations interpersonnelles plus ou moins bienveillante). Un véritable cercle vicieux peut ainsi s'amorcer, faible estime de soi et crainte de l'autre alimentant tous deux le recours à l'oralité, alimentant à son tour à la fois la faiblesse de l'estime de soi et le maintien de l'autre hors de portée. Cette valeur défensive du « symptôme obésité » se révèle en particulier à partir de la période de latence, période normalement dévolue à la découverte du monde social, du commerce avec celui-ci, ainsi que du renforcement positif du narcissisme que ce commerce induit.

Enfin, des auteurs comme S. Missonnier et N. Boige (Missonnier S., Boige N., 2003) estiment que, tout comme l'enfant impose ses repères à l'adulte qu'il va devenir qu'il va devenir, le fœtus fait de même avec le nouveau-né qui lui succède. Pour ces auteurs, en effet, la relation orale commémore et met en équilibre la toute-puissance fœtale d'une succion sans limite, non liée au nourrissage et, par conséquent, à la butée de la réplétion. C'est ainsi que, pour le bébé, l'alternance vacuité-réplétion, apparaît au départ comme une expérience inédite qu'il va devoir partager avec l'adulte qui le nourrit. Cet état de fait remet ainsi au centre de la réflexion les interactions alimentaires précoces, en tant qu'elles permettent ou non au nourrisson de s'approprier ses propres sensations intracorporelles (faim, soif, satiété, réplétion) et donc son propre sentiment d'exister.

La période pubertaire, en tant qu'elle vient convoquer à nouveau, sous le prima de la génitalité cette fois, la manière de traiter tout élan pulsionnel, apparaît comme une "période clé" quant à la manière dont le sujet va parvenir - ou non - à vivre psychiquement, mais aussi socialement, l'irréductible écart entre l'orage pulsionnel qui l'assaille et l'insatisfaction à laquelle il va devoir se confronter dans la découverte de sa propre incomplétude et de sa division. Découverte parfois à l'origine d'un vécu de perte narcissique contre lequel le jeune va lutter à travers une oralité visant à combler toute faille source de rupture du sentiment d'exister, dont l'angoisse insupportable est la manifestation.

Enjeux psychologiques de la prise en charge médicochirurgicale des adolescents obèses

La prise en charge des adolescents obèses doit être habitée par l'idée que l'obésité est à considérer pour partie comme le symptôme d'une difficulté existentielle sous-jacente, c'est-à-dire comme une modalité de réponse du patient à une souffrance psychique sous-jacente, notamment à travers ses conduites alimentaires. Pour lui, accepter de "lâcher" ce symptôme est donc, dans ces conditions, étroitement consubstantiel du fait d'avoir en sa possession des

ressources psychiques suffisamment solides pour tisser autrement les rapports du soi à son environnement.

Aucune prise en charge médicochirurgicale, aussi pertinente soit-elle, ne peut donc faire l'économie de l'obésité en tant qu'expression symptomatique d'une souffrance psychique ou d'une problématique particulière.

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

C'est ainsi que, lorsqu'un jeune évoque les moqueries dont il se dit être l'objet du fait de son obésité, l'expérience clinique montre qu'il ne s'interroge, au départ du moins, qu'exceptionnellement sur la raison pour laquelle celui ou celle qui lui fait si violemment face puisse ne serait-ce que s'autoriser cette violence-là. Autrement dit, qu'est-ce que cette violence vient interroger de la position subjective du jeune obèse ? Position dont on pourrait émettre l'hypothèse qu'elle s'étaie sur une posture masochique à l'égard d'un Autre vécu comme tout-puissant, "tout permis" vis-à-vis duquel le jeune ne pourrait répondre qu'en miroir : miroir de la violence dans lequel hétéro ou auto agressivité règneraient en maître.

C'est de ce miroir que nous pourrions nous inspirer pour ré-évoquer la notion de stade du miroir développée par J. Lacan (1966). En voici le bref résumé des quatre temps qui le composent :

- le premier temps consiste, pour l'enfant de moins de 6 mois, en la découverte, devant le miroir, d'une image dite "orthopédique", qui est celle d'une forme humaine identique à celles qu'il voit autour lui, et qui représente "l'orthopédie" d'une enveloppe formelle, le corps. Image devant laquelle l'enfant jubile du fait que cette enveloppe devient pour lui un contenant qu'il relie aux autres contenants, aux autres corps humains qui gravitent autour de lui. Ce premier temps du stade du miroir est donc un temps imaginaire, c'est-à-dire relié à l'image du corps qui se réfléchit dans le miroir.
- Le second temps est, lui, relié au symbolique par la mère ("grand-Autre maternel") qui nomme l'enfant : "c'est toi" lui dit-elle, proposant là à l'enfant un signifiant

maître qui est sa manière à elle – la mère – de nommer son enfant, l'accrochant-là au registre du langage (et non de l'image) et donc, par là même, au registre du symbolique.

- Par cette opération du passage de l'imaginaire (image) au symbolique (langage), le Moi de l'enfant se trouve ainsi aliéné à un autre. Mais, si le langage (le "grand Autre du langage") qui nomme l'enfant, d'une certaine manière le dépasse, celle (la mère, devenue un "petit autre") qui en est le vecteur, va devenir celle avec laquelle un commerce va pouvoir s'établir. Ce "petit autre" qui impose son discours, ses règles à l'enfant, va devenir source d'agressivité, de haine, que l'on retrouve très bien dans le discours des tous petits à travers ce que l'on appelle le transitivity, qui consiste à prêter à l'autre les sentiments haineux en question : "il m'a traité !" disent les tous petits dans les cours dites "de récréation". Cours, d'une certaine manière, où l'on reconstruit un scénario qui tient souvent effectivement davantage de la projection de sa propre haine sur l'autre que l'inverse... Ne pas pouvoir se déprendre de l'autre est en effet insupportable, et les tous petits (mais aussi les plus grands parfois !) se chargent de nous le montrer quotidiennement !
- Le dernier temps consiste en un dépassement du temps précédent, et est relié au fait de parvenir à apprivoiser l'autre, à lui plaire, et donc à parvenir à entrer dans un processus empathique envers cet autre-là, qui devient alors un alter ego. Et donc un autre auquel on va enfin pouvoir s'identifier. Ce processus d'humanisation consiste donc à intégrer psychiquement l'autre, mais aussi la part de l'autre en soi-même, et non à rejeter cet autre et cette part de l'autre en soi.

Ces différentes étapes nous montrent à quel point chaque transition est importante, et en particulier celle du "grand Autre" tout-puissant vers le "petit autre" vis-à-vis duquel des identifications réciproques peuvent naître, donnant aux mots une valeur d'échange, et, osant le mot, de nourriture précisément.

Toute situation générant un "raté" dans cette transition serait alors susceptible d'entraver ces processus d'identification et d'induire alors, de manière défensive, la tentation d'une régression vers une oralité gratifiante, sans limite, visant à protéger le narcissisme de l'intrusion, de la soumission, de l'abandon aussi.

Selon cette approche, ce ne sont donc pas tant les processus de mentalisation des affects qui feraient défaut, mais une incapacité du sujet à supposer à l'autre la capacité de le rejoindre. En retour, ce défaut de supposition pourrait induire, de la part de l'autre cette fois, le sentiment de

pouvoir tout se permettre faute de retour possible de ce que son agression pourrait induire. C'est bien là tout le problème d'une posture sadique qui ne serait rien sans la posture masochique qui lui correspond, et inversement...

Aborder médicalement l'obésité d'un adolescent implique donc que l'on ait parfaitement conscience que l'on ne touche pas là à un simple corps matériel et à la "simple" question du surpoids ou de la masse grasseuse, mais à celle de l'intégrité de l'intimité et de l'identité, c'est-à-dire aux fondements narcissiques de l'individu.

"Traiter" l'obésité d'un adolescent, c'est donc d'abord s'intéresser à la manière de le traiter lui, dans son ensemble, son corps obèse n'étant pas "de trop" mais faisant partie intégrante d'un tout - soma-psyché – absolument indissociable, au sein duquel il s'agit de redonner "du poids aux mots", c'est-à-dire une valeur transactionnelle et non uniquement la valeur illusoire de l'autosuffisance propre à tout discours projectif dans lequel l'autre ne serait qu'agresseur.

Il résulte de tout cela qu'une injonction de soin sous-tendue par le fantasme de régler la question de l'obésité par un discours médical normatif reflètera toujours notre incapacité à comprendre les enjeux identitaires sous-jacents, et exposera au risque d'aggraver le problème. A l'inverse, notre capacité à intégrer ce "symptôme obésité" dans une histoire et dans une problématique spécifique apparaît comme présumé et comme préalable indispensable à toute démarche médicale, voire chirurgicale efficace.

De quelques histoires cliniques

Se "dérober", "s'enrober"

Virginie, jeune fille de bientôt 17 ans, souffre d'une obésité morbide. La demande d'anneau gastrique s'avère initialement sous-tendue par la demande inconsciente de faire bel et bien disparaître l'ensemble de son corps. Les « kilos de trop » révèlent fantasmatiquement un « corps de trop », au point qu'elle en arrive à se bander les yeux pour ne plus croiser son reflet dans le miroir, le matin, lors de la toilette.

L'approche psychothérapique est complexe, initialement vécue comme intrusive, comme l'est au départ tout regard porté sur elle, au point qu'une décision de scolarisation par correspondance est décidée, protégeant Virginie de ce qu'elle décrit comme un véritable envahissement.

Mais la vie familiale la rattrape vite, son frère cadet invitant ses petites amies vis-à-vis desquelles Virginie entretient une haine rivale sans pareil.

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

Un petit neveu naît de l'union de son frère aîné avec sa petite amie. Une question se pose alors : comment aimer cet enfant dont elle dit détester les parents ? "Comment peut-on aimer un bébé ?" nous demande-t-elle avec insistance. Ce propos n'est pas sans résonance avec la question de son abandon et de son adoption, à l'âge de 6 semaines, au Chili.

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

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

Le travail se poursuit actuellement avec beaucoup d'assiduité. Virginie, chez laquelle un geste chirurgical est finalement réalisé, perd du poids, mais continue d'investir psychiquement les enveloppes charnelles qui la constitue. Cet investissement se traduit notamment par le fait d'avouer "craquer" de temps en temps pour certains aliments. Elle peut dire pour la première fois "être gourmande". Elle passe ainsi du bandage initial des yeux - en tant qu'équivalent d'une véritable liquidation de son corps - à la dissimulation progressive de ce même corps vis-à-vis du regard de l'autre, érotisant progressivement son langage, relançant par là toute la chaîne associative autour de la construction de son identité féminine.

Mots (maux ?) croisés

Autre exemple, celui de Sandrine, âgée de 16 ans, en surcharge pondérale majeure, qui répond à la question comment allez-vous par un "bof" dubitatif. Nous vient alors à l'idée d'écrire sur une feuille blanche ce "bof" dans l'idée de proposer à Sandrine un petit jeu de mots croisés à la manière d'un "Scrabble". C'est alors que Sandrine, jusque là particulièrement mutique, se surprend elle-même à se prêter au jeu des mots, mots adossés aux nôtres donc, dans une sorte

de dialogue et donc de partage silencieux de représentations rendues manifestement d'autant plus psychologiquement acceptables pour elle que le silence était absolu. C'est ainsi que les mots : jugement, grosse, rumeur, dégoût, maussade, asociale, pathétique, risible, vache, mais aussi sauvage, sociable, orientation, obscurité ont pu naître du croisement avec nos propres mots, issus de notre propre activité de rêverie au contact de cette jeune qui, à notre surprise, se montre capable de se saisir d'un moment de plaisir partagé et donc non menaçant pour elle.

Des mots insensés

Autre exemple, celui d'Adèle, 17 ans, jeune fille obèse qui nous rapporte avoir "séché" sur l'énoncé d'une dissertation dans le cadre d'un "bac pro vente", énoncé dont elle ne peut nous livrer le contenu tant il fut énigmatique pour elle (bien que son intelligence soit à l'évidence tout à fait normale) du fait de l'emploi de mots qu'elle ne comprenait pas. Nous lui posons alors la question de savoir si elle avait eu la curiosité d'en chercher ensuite le sens. La réponse d'Adèle est édifiante : elle n'en n'avait pas même eu l'idée. La blessure de n'avoir pu correctement traiter la question posée du fait d'une carence de sens n'avait pu produire en elle cette démarche aussi nécessaire que salvatrice consistant à aller chercher, hors d'elle, le sens caché des mots.

Une poupée russe

C'est ce que nous inspire Katel, cette jeune fille de 16 ans, toute ronde et par ailleurs très joliment maquillée, que nous rencontrons dans le cadre d'une demande de sa part de chirurgie bariatrique "pour perdre du poids" afin de "ne pas devenir comme toutes [ses] tantes" de la lignée paternelle, celles-ci souffrant toutes, à l'instar la grand-mère et l'arrière grand-mère paternelle, de graves complications de leur obésité.

C'est ainsi que Katel décrit une famille du voyage sédentarisée, au sein de laquelle toute "pièce rapportée" (ce sont ses mots) de sexe masculin se doit d'intégrer l'ensemble de cette famille au fonctionnement clanique, en renonçant à la liberté de s'en éloigner sous peine d'en être exclu. L'ensemble des membres de la famille se rencontre ainsi quasi quotidiennement chez les uns ou les autres, la plupart d'entre eux ne travaillant pas, du fait notamment du refus de s'éloigner.

Nous apprenons au fil des entretiens que l'arrière grand-père de Katel aurait été définitivement et brutalement chassé de la famille pour avoir trompé son épouse. "Pour nous, il n'est rien" nous dit-elle. Katel, comme les autres femmes de la lignée paternelle, apparaît ainsi dépositaire d'un "mandat transgénérationnel", au sens de Lebovici, consistant à nier le tiers

paternel, entretenant le fantasme d'un auto-engendrement, par la mise hors jeu de la place symbolique des... gendres précisément. Chaque femme, dans cette famille, semble donc porter au fond d'elle, tel un emboîtement de poupées russes, l'histoire adultère d'une ancêtre inconnue de Katel, histoire justifiant aux yeux de tous, encore aujourd'hui, un fonctionnement clanique rendant toute séparation individuation menaçante, car réactivant la menace de trahison inaugurale.

L'intime à l'épreuve de la transparence...

Voici, en quelques mots, le rêve que nous relate Sophie, jeune fille obèse de 16 ans :

"Je suis au lycée et je suis invisible. Je me retrouve dans un enfer. Ils [ses camarades] pourraient me piétiner, ils le feraient. Ils ne m'entendent pas, ils ne me voient pas, ils ne parlent jamais de moi, comme si je n'existais pas. Moi je les vois. Et puis, je me réveille !" Sophie ajoute : "ça doit venir du fait que j'ai trois copines mauvaises. J'ai peur qu'elles retournent tout le monde contre moi. Elles savent tout de moi. J'ai appris à me taire."

L'intime suppose paradoxalement "un autre", mais un autre intériorisé de manière bienveillante, contenante ; un "bon objet" au sens des auteurs post kleinien, un objet en tous cas doué de la propriété de permettre de s'en saisir pour soutenir son narcissisme ; un objet autre donc, permettant d'étayer les relations d'objet sur un narcissisme primaire suffisamment solide, construit à partir des premiers liens libidinaux.

Ce que semble nous apprendre Sophie, c'est que, pour elle, se taire ne servirait qu'à se protéger de l'autre, de manière symétrique au fait qu'être absente renverrait à l'idée de ne pas exister. Dans son rêve, Sophie condense et déplace ces deux problématiques contradictoires, faisant émerger une question fondamentale : qu'est-ce que l'intimité ? Question à laquelle elle ne peut répondre sans l'effroi : d'un côté de se sentir lâchée, précipitée dans le vide de l'inexistence en l'absence de l'intrusion d'un regard "qui saurait tout d'elle", et, de l'autre côté, de se sentir piétinée pour retrouver la sensation charnelle de ce corps perdu, faute de regard porté sur elle.

Se taire renverrait ainsi à l'expérience d'un vide et non d'un silence propice à l'intime de l'introspection. La transparence – le fait d'être invisible – renverrait quant à elle à l'expérience de l'inexistence et non à celle de l'absence propice à l'intime de l'intériorisation.

Au contraire, Sophie se trouve comme actuellement confrontée à l'absence de choix entre exister en tant qu'"objet de l'autre" ou "ne pas exister du tout", en annulant sa corporéité à travers l'annulation du miroir permettant de se voir et d'être vue.

Approches thérapeutiques : l'expérience angevine

Il s'agit d'une approche originale, née en 2007, au CHU d'Angers, d'une longue histoire antérieure de collaboration entre pédiatres endocrinologues, chirurgiens pédiatres viscéraux, diététiciens, assistantes sociales et pédopsychiatres de liaison, auxquels sont venus plus récemment prêter main forte des médecins de réadaptation fonctionnelle depuis l'ouverture, en 2009, d'un centre de réadaptation fonctionnelle pédiatrique, adossé au CHU. Si l'initiative en revient aux chirurgiens, aux endocrinologues pédiatres, aux pédopsychiatres de liaison, les autres collègues ont rapidement été impliqués dans la réflexion (Malka J, Duverger Ph, Weil D, 2012).

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

- Le premier consiste en une *approche catégorielle de l'obésité morbide*, approche qui repose sur sa définition, l'évaluation précise de ses comorbidités, son éventuel rattachement à une pathologie organique – génétique ou non –, son pronostic, etc.

- Le second consiste en une approche dimensionnelle visant à évaluer de manière beaucoup plus subjective et singulière les aspects psychogénétiques individuels et familiaux, de même que les aspects socioculturels de telles obésités, ainsi que leurs conséquences sur la qualité de vie (évaluée notamment par certaines échelles construites sous la forme d'autoquestionnaires), la scolarité, la vie sociale et familiale, mais aussi sur la construction identitaire et psychosexuelle de chaque sujet.

Ce projet a fait l'objet d'une rédaction détaillée et a été soumis au comité d'éthique du CHU. Celui-ci a validé le projet et notamment les indications de chirurgie bariatrique¹ chez les grands adolescents. Il s'agit d'une première en France puisque la chirurgie bariatrique n'est pas validée par la HAS, en 2009, chez les jeunes de moins de 18 ans.

L'anneau gastrique a été choisi comme la meilleure option chirurgicale, du fait de sa morbidité moindre, de sa réversibilité, et du caractère participatif qu'il réclame au jeune, ainsi

¹ La technique chirurgicale choisie à Angers consiste en la mise en place d'un anneau gastrique ajustable introduit dans la cavité abdominale par coelioscopie et passé autour de l'estomac. Le ballonnet (gonflable et dégonflable) de l'anneau est relié à un cathéter dont l'extrémité distale s'abouche dans un site implanté sous la peau afin de permettre le gonflage assurant le serrage de l'anneau.

maintenu en position d'acteur de son régime alimentaire. L'anneau gastrique, une fois posé, permet en quelque sorte de réduire artificiellement la lumière gastrique et induit une sensation de réplétion plus rapide, limitant du même coup la sensation de faim et donc la prise alimentaire. Les contre-indications de ce geste chirurgical peuvent être de nature médicale, chirurgicale, mais aussi psychiatriques ou cognitives dans la mesure où une intervention de cette nature implique un jugement éclairé ainsi que la capacité du jeune à s'inscrire dans un projet de soins au long cours.

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

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

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

Cette prise en charge s'inscrit nécessairement dans la durée. Elle se fonde sur une relation de confiance matérialisée par la signature d'un contrat de soin entre le jeune, ses parents, et les soignants. Le contrat ainsi accepté, de manière bilatérale, fait fonction de cadre au sein duquel

les soins se déroulent, selon un rythme et des modalités de consultation et d'hospitalisation adaptés à chaque jeune. Ce qui apparaît constant en revanche, est que chaque jeune rencontre régulièrement le pédiatre, la diététicienne, le chirurgien et le pédopsychiatre (ou psychologue) de liaison attaché au réseau.

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

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

Place et regard du pédopsychiatre de liaison au sein du réseau

→ *Au sein du réseau de professionnels*

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

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

Le pédopsychiatre, lors des réunions mensuelles, éclaire sur certains points du questionnement des autres professionnels, tente de donner du sens à tel événement qui vient émailler la prise en charge (une consultation non honorée, une reprise pondérale, un moment dépressif, etc.). Il rappelle enfin que l'obésité s'inscrit dans le corps, et qu'elle ne se raconte pas en tant que telle. Les troubles des conduites alimentaires qui pourtant président à la prise massive de poids ne sont ainsi quasiment jamais abordés spontanément par les adolescents

obèses. En parler procède donc nécessairement d'une démarche thérapeutique fondée sur un inévitable malentendu inaugural entre la demande de maigrir et la non demande initiale de parole.

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

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

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

Les six années d'existence du réseau ont permis d'inclure une trentaine de jeunes, âgés de 15 à 17 ans, souffrant d'obésité morbide (Riquin E, 2013). Au-delà de la « simple » inclusion de ces jeunes dans le réseau, c'est un véritable accompagnement pluri focal contractualisé avec eux et leurs parents, par ailleurs rencontrés régulièrement par chaque professionnel pour faire le point sur l'évolution de leur enfant mais également sur celle de la dynamique familiale.

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

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

En ce qui concerne la perte de poids en elle-même, plusieurs situations sont rencontrées : celles où la perte précède largement le geste chirurgical, celles où la perte est consécutive au geste chirurgical ; celles où la perte est majeure, celles où elle s'avère finalement minime, que

le geste chirurgical ait, ou non, eu lieu. Tout cela semble rappeler que l'obésité morbide reste un symptôme et non une maladie.

En guise de conclusion

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

Ce constat rappelle une fois de plus que l'approche thérapeutique d'un comportement - qu'il soit d'ordre alimentaire ou non - ne peut faire l'économie d'un travail conjoint d'appréhension de ce phénomène comportemental en tant que reflet d'une vie intime, chez des sujets de surcroît confrontés aux remaniements propres à l'époque pubertaire. C'est de cette très forte intrication entre soma et psyché, chez le patient souffrant d'obésité morbide, qu'est née l'idée de l'approche pluridisciplinaire mise en œuvre dans notre CHU. Cette pluridisciplinarité inclut ainsi le chirurgien, non seulement comme auteur d'un possible geste, mais aussi en tant que dépositaire d'une demande dont tout le travail en réseau réside finalement dans le fait d'aider le jeune à parvenir à élaborer cette demande sous la forme d'une plainte, indiquant par là même, la mise au travail subjectif indispensable à toute décision thérapeutique, notamment chirurgicale. Faire d'une demande une plainte, tel pourrait être, in fine, l'enjeu majeur des soins proposés par ce réseau.

Ce suivi psychothérapique régulier au sein du réseau avec lequel les jeunes patients entretiennent – parfois de manière conflictuelle (et c'est d'une certaine manière le but !) - un lien rendu nécessaire par le contrat médical initial passé avec eux, permet ainsi de maintenir intégrées entre elles les prises en charges somatique et psychologique visant à préserver le tout "soma-psyché" constitutif de tout sujet humain. Cette intégration soma-psyché, via l'organisation des soins du réseau, a donc pour objectif de lutter contre le court-circuitage de

toute pensée qu'induirait le court-circuitage trop rapide et trop radical de la sensation de faim, et donc de l'épreuve du manque. Cette approche théorique implique que, sans s'opposer au geste chirurgical – ce n'est pas son rôle – le pédopsychiatre veille à ce que ce geste ne s'inscrive pas dans un passage à l'acte...

Cela n'est pas sans confirmer la pertinence des théories développées plus haut à propos des premières interactions mère-nourrisson, interactions fondées sur une oralité dévorante entre une trop bonne mère et un bébé sans cesse gratifié d'une nourriture sans limite, visant à éviter tout ressenti de privation par le maintien d'une satiété permanente.

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

Bibliographie

Abraham, K. 1924. "Esquisse d'une histoire du développement de la libido base sur la psychanalyse des troubles mentaux", *Œuvres complètes*, T2, Paris, Payot, 1966, p. 255-313.

Braet, C. ; Van Strien, T., 1997, « Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old and non-obese children », *Behav Res Ther*, 35, p. 863-873.

Braet, C. ; Mervielde, I. ; Vandereycken, W. 1997. « Psychological aspects of children obesity : a controlled study in a clinical and non clinical sample », *J Pediatr Psychol*, 22, p. 59-71.

Bruch H. Les yeux et le ventre. Paris : Payot; 1978

Bruch, H., *Rapport d'expertise collective de l'INSERM*, Paris. Bruch H. (1999)

Chalet S, Riquin E, Avarello G, Malka J, Duverger P, Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. EMC (Elsevier Masson) Paris, Pédiatrie, 2013. A paraître.

Chiland C. (1975), *La réalisation de l'idéal hermaphrodite ; mange mon fils, tu seras gros, tu seras homme et femme*, Revue française de Psychanalyse, t. XXXIX, n° 5-6, 1065-1079

Collectif : *Trop de poids, trop de quoi ? Obésité et surpoids chez l'enfant et l'adolescent, mieux comprendre, mieux prévenir*, sous la direction de P. Huerre et. Ph. Daviaud, *Enfances & PSY*, 2005/2, n°27.

Duverger Ph. ; Chocard, A.-S. ; Malka, J. ; Ninus, A. 2011. « Surcharge pondérale et obésité », dans *Psychopathologie en service de pédiatrie*, Paris, Masson, coll. « Les âges de la vie », p. 483-497.

Freud S. (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987.

Freud S. (1929), *Malaise dans la civilisation*, coll. Bibliothèque de psychanalyse, PUF, 1971.

Klein M. (1957), *Envie et gratitude*, in : *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard, 1968, 13-94

Lacan J., "Le stade du miroir comme formateur de la fonction de Je", in : *Ecrits*, Paris, Seuil, coll. Le champ freudien, 1966.

Malka, J. ; Togora, A. ; Duverger, P. 2007. « Approche pédopsychiatrique de l'adolescent obèse : le regard du pédopsychiatre sur son comportement alimentaire », *Diabète et Obésité*, vol 2, n°7.

Malka J, Duverger Ph, Weil D, L'obésité morbide chez l'adolescent : les réponses d'un réseau multidisciplinaire, *enf & Psy* 2012, 52:89-100

Marcelli, D. 1981. « Abord psychopathologique de l'obésité de l'enfant », *Neuropsychiat. Enf. Et Adolesc.*, 10, p. 511-515.

Missonnier S., Boige N. (2003), *Psychanalyse de la succion*, Clinique de la sucette, Champ psychosomatique, 29, 9-35

Nisbett, R. E. 1968. « Determinants of food intake in human obesity », *Science*, 159, p. 1254-1255.

Pontalis J.B. (1972), Avant-propos, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 6, 5-7

Riquin E, Obésité sévère de l'adolescent et prise en charge en chirurgie bariatrique. Approche psychopathologique à partir d'une cohorte de 35 cas. Thèse de Doctorat, Université d'Angers, Faculté de Médecine, 2013.

Schachter, S. 1968. « Obesity and eating », *Science*, 161, p. 751-756.

Schmidt G. (1995), L'obésité infantile, in : S. lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, PUF, 1731-1749

Slochower J. (1987), The psychodynamics of obesity : a review, *Psychoanalytic Psychology*, 4, 145-159

Soulé M. (1967), Conflits dynamiques de la psychologie et de la thérapeutique de l'enfant obèse, *La médecine infantile*, 74, 4, 329-335

Winnicott D.W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

Ziegler, O. ; Quilliot, D. ; Guerci, B. 2000. « Physiopathology of obesity. Dietary factors, and regulation of the energy balance », *Ann Endocrinol*, 61, p. 12-23.

