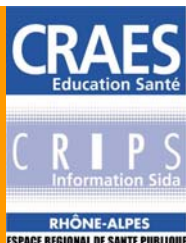


Obésité de l'enfant : le poids des mots Comment communiquer pour prévenir et prendre en charge ?

Actes de la journée d'échanges
du mardi 28 novembre 2006, à Villefontaine

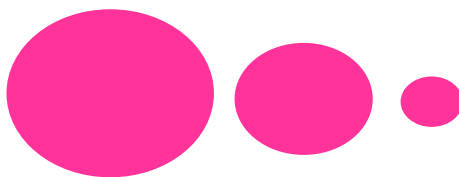
Avril 2007



CRAES-CRIPS
Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé
Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
9 quai Jean Moulin 69001 Lyon



Sommaire



Accueil des participants / Présentation de la journée

Gwenaëlle Le Ponner et Lucie Pelosse - Chargées de projets, CRAES-CRIPS page 5

Emmanuelle Droniou - Chargée de projets, ADESSI page 6

Propos introductifs

Enfant, santé, surpoids, obésité, société : quelles sont les orientations du PNNS ?

Michel Chauliac - Direction Générale de la Santé, Paris page 7

Les mécanismes d'influence de la publicité sur le comportement de l'enfant

Michel Jullien – Enseignant formateur, Centre AudioVisuel de Grenoble page 33

Table ronde

Prévention de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?

Anne Gerber - Directrice de crèche, Grenoble page 44

Nadine Job-Huert - Pédiatre de crèche, Grenoble page 48

Françoise Piney Laniel - Médecin, PMI du Rhône page 51

Christine Faure - Médecin, PMI du Rhône page 52

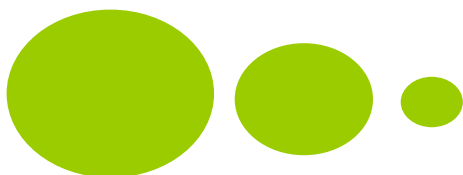
Sylvie Possety - Médecin, PMI du Rhône page 53

Catherine Delaporte - Agent territorial spécialisé des écoles maternelles, ville de Lyon page 54

Nicole Lauxerois - Médecin scolaire, Grenoble page 56

Nicole Vidal - Diététicienne libérale page 57

Florence Chauvin et Gaëlle Sallé - Chargées de projets, ADESSI page 60



Propos introductifs

Parler serait-il un poids ?

Angoisse et résistance psychologique à la parole autour de l'enfant obèse

Nathalie Dumet - Psychologue, Institut de psychologie, Bron

page 67

Table ronde

Prise en charge de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?

Sophie Treppoz – Pédiatre, RéPOP Grand Lyon

page 72

Isabelle Darnis - Diététicienne, RéPOP Grand Lyon

page 73

Delphine Sauvageon - Professeur en activité physique adaptée,
CMUD Grenoble

page 76

Maryline Brun - Diététicienne, Centre médical et scolaire de la MGEN

page 78

Valérie Binder-Angeletti et Françoise Molegnana- Membres de l'association
ALOBÉ

page 80

Alain Moreau - Professeur associé de médecine générale, Département
de médecine générale de l'Université Claude Bernard Lyon1 APSNI (28/11/06)

page 82

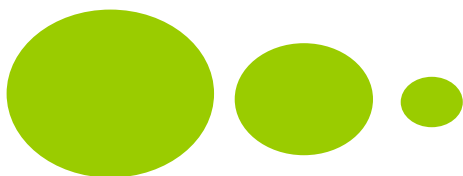
Synthèse de la table ronde

L'obésité de l'enfant : que dire et comment ?

Claudine Sansonnetti-Perrin - Médecin au CHU de Grenoble

page 84

Accueil des participants / Présentation de la journée



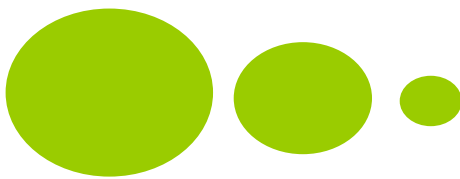
Gwenaëlle Le Ponner et Lucie Pelosse - Chargées de projets, CRAES-CRIPS

Bonjour à tous,

Ce colloque co-organisé par le CRAES-CRIPS et l'ADESSI s'inscrit dans la continuité de l'engagement du CRAES-CRIPS dans le champ de la prévention de l'obésité et du PNNS. Cet investissement s'est traduit notamment par l'organisation de 3 journées régionales qui ont concerné la prévention de l'obésité de l'enfant et des adolescents ainsi que le PNNS et la restauration collective. L'ensemble de ces journées, y compris celle qui nous réunit aujourd'hui, ont pu être organisées grâce au soutien financier de la DRASS et de l'Assurance Maladie.

Cette journée est aussi une réalisation forte du réseau d'éducation pour la santé de la région qui continue au fil des années à se consolider et à intensifier les programmes partagés pour promouvoir l'éducation pour la santé de façon plus cohérente et organisée à l'échelle de la région Rhône-Alpes.

Les préoccupations du CRAES-CRIPS ont donc rencontré celles de l'ADESSI et c'est tout naturellement qu'il nous a semblé pertinent de co-construire cette journée sur le thème de la communication dans les questions de la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Chantal Lapostolle-Dangréaux, psychologue et responsable de formation à l'ADESSI assurera l'animation tout au long de la journée que nous espérons enrichissante pour vous tous. Nous laissons la parole à l'ADESSI.



Emmanuelle Droniou - Chargée de projets, ADESSI

Bonjour,

Je suis heureuse de vous compter aussi nombreux aujourd'hui car votre présence est la preuve que chacun d'entre nous, de la place qui est la nôtre, partageons le même souci : celui de participer à la prévention ou à la prise en charge de l'obésité de l'enfant, oui, mais pas à n'importe quelles conditions.

Ce projet de colloque est né des expériences de terrain que l'on a pu mettre en œuvre à l'ADESSI sur la question de l'alimentation de l'enfant. A chaque fois que j'ai eu l'occasion, dans le cadre de programmes d'éducation pour la santé, de rencontrer des parents et d'échanger avec eux sur l'alimentation de l'enfant, j'ai pu faire le constat de leurs difficultés à trouver LEUR chemin entre les recommandations nutritionnelles provenant des médecins, des diététiciens et les messages publicitaires véhiculés par les médias.

Dans ce contexte de « cacophonie diététique » et en dépit des tentatives du PNNS de produire des repères nutritionnels clairs et facilement compréhensibles du plus grand nombre, je rencontre donc des parents, et des mères en particulier, souvent perdues, en questionnement, voire culpabilisées de ne pas être la « parfaite mère nourricière » que nous souhaiterions toutes être.

Toutes et tous m'ont fait part de leurs difficultés à gérer cette situation dans une société qui, d'une part produit les tentations par une offre alimentaire toujours plus pléthorique, et, d'autre part, culpabilise « les faibles » qui succombent à la tentation, à fortiori si ces partisans de l'hédonisme alimentaire ont la malchance de stocker les fruits de leurs excès.

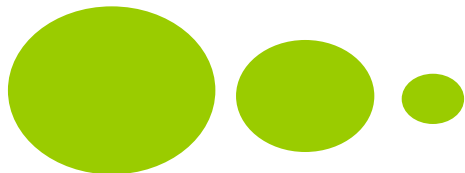
Alors, que faire ? En tant que médecin, que puéricultrice, qu'assistante maternelle, comment faire pour trouver les bons mots, ceux qui soutiennent sans culpabiliser, ceux qui accompagnent sans stigmatiser ? Faut-il tout dire au risque d'en dire trop ? Faut-il parfois se taire au risque d'être accusé de contribuer, par l'inaction, à l'épidémie d'obésité qui nous a gagnée depuis cette dernière décennie ?

Voilà toutes les questions qui ont été à l'origine de ce colloque et que nous vous proposons, le CRAES-CRIPS et nous-même, de mettre en travail tous ensemble aujourd'hui.

Je tiens à remercier la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Grenoble qui nous accorde sa confiance depuis toutes ces années et qui nous a permis, grâce à son soutien financier, de réaliser ce colloque aujourd'hui.

Propos introductifs

Enfant, santé, surpoids, obésité, société : quelles sont les orientations du PNNS ?



Michel Chauliac - Direction Générale de la Santé, Paris



Programme national nutrition santé 2006-2010

Dr Michel Chauliac
Direction générale de la santé
Ministère de la santé et des solidarités

Programme National Nutrition-Santé « PNNS » (2001-2005 - 2010)

*Le PNNS vise à améliorer l'état de
santé de l'ensemble de la population,
en agissant sur l'un de ses
déterminants majeurs, la nutrition*

www.sante.gouv.fr (thème: Nutrition)



Les 9 objectifs nutritionnels prioritaires du PNNS

1. objectifs portant sur des modifications de la consommation alimentaire

- ↗ **consommation fruits et légumes**: ↘ au moins 25 % nombre de petits consommateurs de fruits et légumes (environ 45% de la population)
- ↗ **la consommation de calcium**: ↘ de 25 % la population des sujets ayant des apports < ANC, + ↘ de 25 % de la prévalence des déficiences en vit D
- ↘ **de la moyenne des apports lipidiques totaux** à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, + ↘ d '1/4 de la consommation des AG saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses),
- ↗ **consommation de glucides** afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers en ↗ la consommation des aliments sources d'amidon en ↘ de 25 % la consommation de sucres simples et en ↗ de 50 % la consommation de fibres
- ↘ **consommation annuelle moyenne d'alcool** par habitant de 20% afin de passer en dessous de 8,5 l/an /habitant

2. objectifs portant sur la modification de l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation

- ↗ **de l'activité physique** quotidienne : amélioration de 25 % du pourcentage de personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins 1/2h d 'activité physique d 'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine (soit 75% des hommes et 50% des femmes)

3. objectifs portant sur des modifications des marqueurs de l'état nutritionnel

- ↘ de 5 % de la cholestérolémie moyenne (LDL cholesterol) chez les adultes,
- ↘ de 2-3 mm de Hg de la pression artérielle systolique moyenne chez les adultes,
- ↘ de 20 % de la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes et une interrompre l' ↗ de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants

Surveillance - évaluation générale

Volonté de disposer d 'indicateurs chaque année

- Études répétées

ENNS, INCA, baromètre nutrition, scolaires , 7-9 ans, 0-3 ans , institution....

InVS, INPES,
AFSSA, DREES

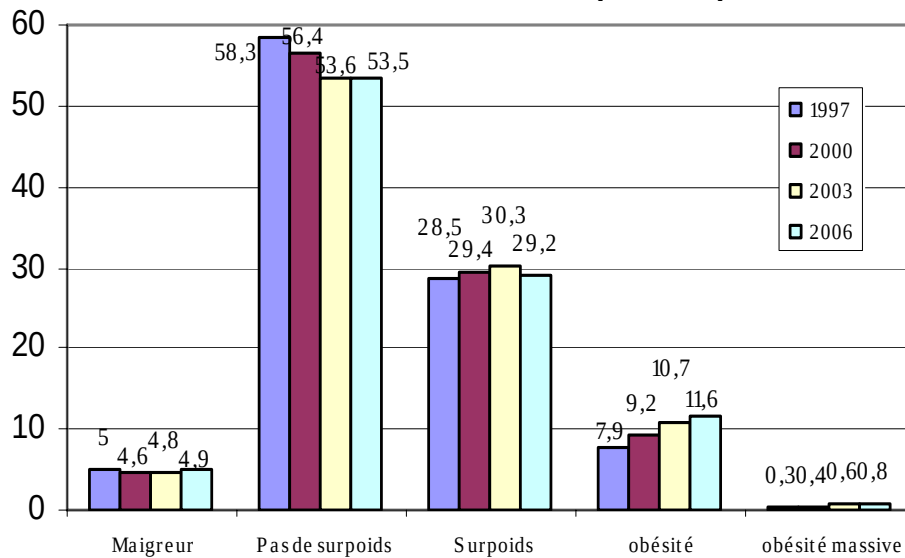
Harmoniser des données régionales?

Evaluation des actions : bilan annuel par le Comité de Pilotage du PNNS

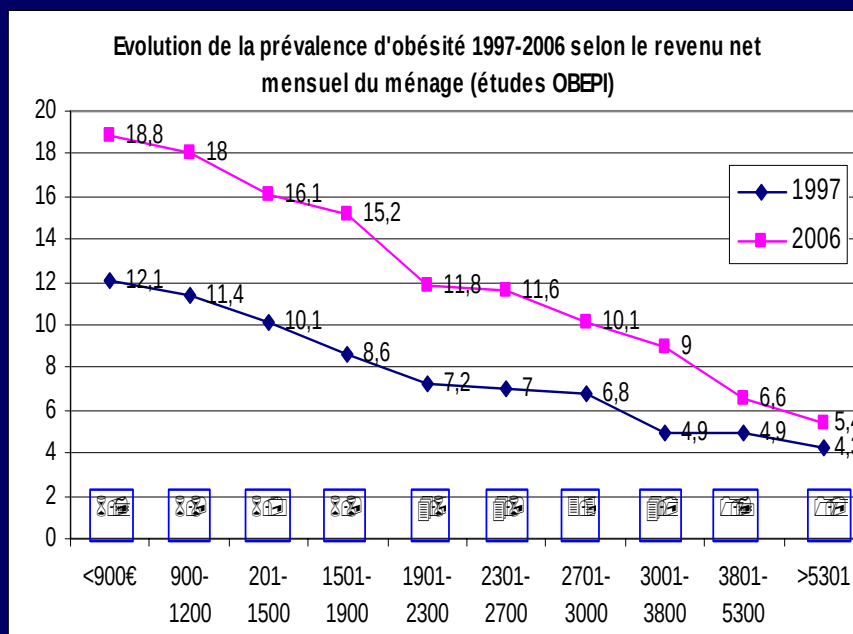
- Évolution de la qualité nutritionnelle de l 'offre alimentaire :
création dès 2007 d 'un « observatoire de la qualité de
l 'alimentation »

- Evaluation finale : IGAS?

Evolution de l'IMC 1997-2006 (adultes)



Source : étude OBEPI



L'option fondamentale

Liberté individuelle

Responsabilité sociale

Informar, éduquer le consommateur pour garantir une liberté de choix en conscience?

Agir sur l'environnement pour faciliter un choix favorable pour la santé

Magazine sept 2006

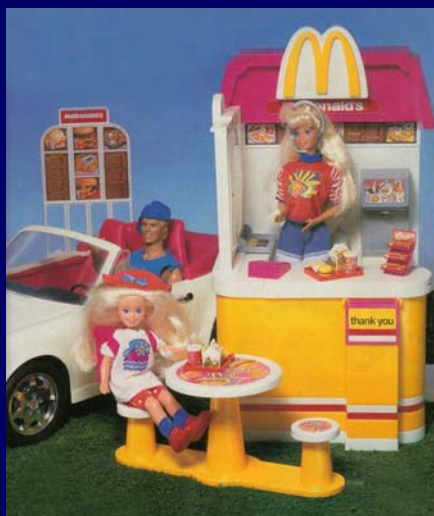






Environnement alimentaire

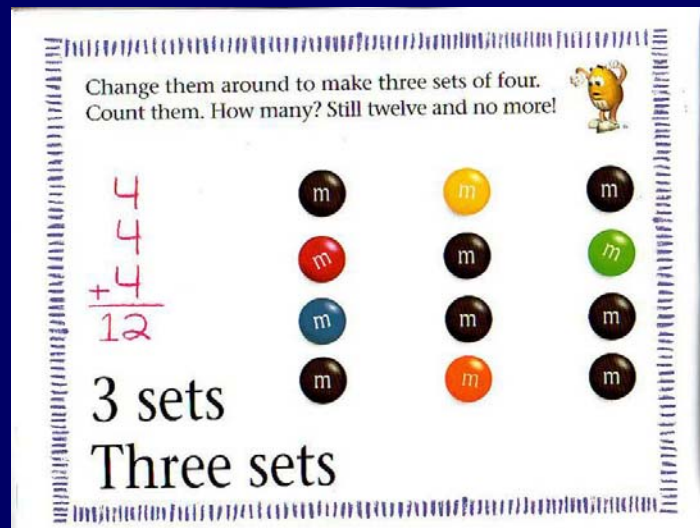
Aliments ou jouets?



Emprunté à T. Lobstein



Quels outils pédagogiques?



Emprunté à T. Lobstein

Des principes réaffirmés et élargis

- 1 Le choix alimentaire est un **acte libre**, dans le contexte culturel et social propre à chacun ;
- 2 **Nutrition** = **apports** par l'alimentation et **dépenses** énergétiques par l'activité physique ;
3. Le PNNS prend en compte la triple dimension biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire (**plaisir et culture** dans la santé);
- 4 **Validité scientifique** par une **expertise organisée par les pouvoirs publics** ;
- 5 Promotion des facteurs de protection et réduction de l'exposition aux facteurs de risque dans le cadre d'une **évolution favorable pour la santé des environnements alimentaire et physique des personnes** ;
- 6 Les stratégies, les actions et les **messages** du PNNS doivent être **cohérents**, sans contradiction, ni explicite ni par omission.
- 7 La mise en œuvre des actions majeures du PNNS s'effectue dans le cadre d'un **dialogue** avec les partenaires du programme présents dans son comité de pilotage, et au niveau régional dans le cadre défini par le plan régional de santé publique ;
- 8 Les **mesures incitatives** sont privilégiées. Les mesures réglementaires peuvent être mises en place lorsqu'il s'avère nécessaire de répondre à des critères d'efficacité, voire d'égalité ;
- 9 Toute forme de **stigmatisation des personnes** fondée sur un comportement alimentaire ou un état nutritionnel particulier est **bannie** par le PNNS ;
- 10 Aucun message émanant du PNNS ne saurait **interdire ou bannir** la consommation d'un quelconque aliment (si sa consommation n'est pas interdite par la réglementation).

Une exigence majeure

COHERENCE

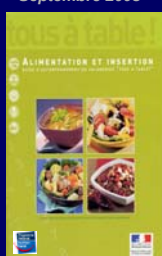
Les Guides Nutrition du PNNS

4,5 millions d'exemplaires



tous

Septembre 2003



700 000 exemplaires



Pour tous

Septembre 2006



1,5 millions d'exemplaires



Parents enfants 0-18

Septembre 2006



900 000 exemplaires



Adolescents

2007



Les campagnes médias du PNNS

Spots télé, radio, affiches, presse,...

Campagne fruits et légumes

Campagne réduction des produits sucrés et gras, augmentation des féculents et des légumes



Campagne activité physique



Les affiches du PNNS

Les repères de consommation



Fruits et légumes



Aide alimentaire



Folates et femmes enceintes



Activité physique



La chaîne des repères de consommation



Un logo fédérateur

Programme National Nutrition Santé

Pour les collectivités locales
municipalités et communautés de communes

Améliorer la nutrition et la santé de la population

VILLE ACTIVE DU PAYS

Programme national nutrition santé et municipalités

CHARTRE Villes actives du PAYS

CE DOCUMENT EST CONFORME AU

CETTE ACTION EST CONFORME AU

Pour votre santé, mangez au moins 5 fruits et légumes par jour frais, en conserve ou surgelés

Manger au moins 5 fruits et légumes par jour

Du pain à chaque repas !

Mangez-vous au moins 5 fruits et légumes par jour ?

Pour votre santé, mangez au moins 5 fruits et légumes par jour frais, en conserve ou surgelés



Villes signataires

- Antibes Juan Les Pins
 - Asnières
 - Beauvais
 - Besançon
 - Bordeaux
 - Bouguenais
 - Bourgoin Jallieu
 - Brest
 - Brive la gaillarde
 - Cabriès
 - Caen
 - Calais
 - Caluire et Luire
 - Cannes
 - Carqueiranne
 - Chaville
 - Crest
 - Dammarie les Lys
 - Dijon
 - Dunkerque
 - Durtol
 - Falaise
 - Feurs
 - Franconville
 - Grande Synthe
 - La Baude
 - Labruguière
 - La Couronne
 - La Ville aux Clercs
 - Le Lavandou
 - Le Pecq
 - Le Portel
 - L'Isle sur la Sorgue
 - Lorient
 - Marseille
 - Montataire
 - Mouans-Sartoux
 - Mulhouse
 - Nancy
 - Nîmes
 - Orléans
 - Paris
 - Puteaux
 - Quimper
 - Royan
 - Sainilly sur la Lys
 - Saint André
 - Saint Chamas
 - Saint Jean
 - Saint Etienne
 - Saint Laurent du Var
 - Saint Léger en Bray
 - Salon de Provence
 - Soisson
 - Thann
 - Valence
 - Villeneuve d'Ascq
 - Villers-Cotterêts
 - Wasquehal
- Communauté de communes : Du pays de Cahors
Du Carmausin

Un programme intégré dans d'autres programmes de santé

- **Carnet de santé de l'enfant 2006** : promotion de l'allaitement maternel, repères de consommation, courbes d'IMC actualisées,
- **Carnet de maternité (2007)** : repères de consommation PNNS, promotion de l'allaitement maternel
- **Bien vieillir** : référence au PNNS pour les questions de nutrition
- **Santé de l'enfant** ; convention santé – éducation nationale



Outils développés pour les professionnels de santé

Guides alimentaires accompagnant
les guides grands publics



290 000 ex

52 000 ex

2006

2007

Les synthèses du PNNS
25 000 exemplaires par
synthèse



Documents d'accompagnement
Des campagnes PNNS



OUTILS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE (ville, établissements de soins, scolaire,...)

Disque IMC adultes



150 000 exemplaires

Disque IMC enfants



250 000 exemplaires



+ mise à disposition d'un logiciel de suivi de l'IMC Calimco

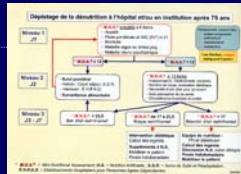
+ modules de formation continue obésité enfant et adolescent

ACTIONS VERS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS/PROFESSIONNELS DE SANTE

Mise en place des CLAN (Circulaire DHOS/E1 N°2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé)

Intégration de la thématique alimentation-nutrition dans les référentiels de qualité des établissements de santé

Outils pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition

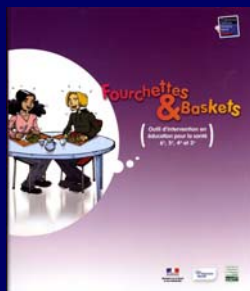


Module de formation de divers professionnels sur la dénutrition

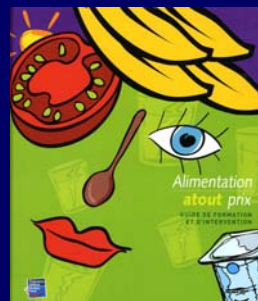
Création de 65 postes de diététiciens dans les établissements de santé (2002) et 3 postes de PH

Expérimentation de Réseaux pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie (REPO) (4 sites pilotes: Paris, Toulouse, Lyon, Besançon)

Professionnels du domaine social, enseignants



Document pédagogique



Classeur de formation « atout prix »

www.mangerbouger.fr

www.sante.gouv.fr thème nutrition

Deux sites Internet

www.mangerbouger.fr

www.sante.gouv.fr

thème nutrition, programme national nutrition santé

Pas de rupture

Le PNNS 2006-2010

- prolonge, approfondit, amplifie la dynamique du PNNS 2001-2005
- s'appuie sur les acquis : les sensibilisations, les projets, les outils...

Développe de nouvelles orientations :

- en prévention, par une action forte sur l'offre alimentaire
- en dépistage précoce et prise en charge de l'obésité et de la dénutrition
- en direction des populations défavorisées et des personnes en situation de précarité
- en ouvrant le champ des questions de la stigmatisation des obèses et de l'image du corps dans notre société

Une nouvelle gouvernance

Un comité de pilotage élargi :

Ministères
Assurance maladie
Caisse nationale d'allocations familiales
Mutualité française
Agences
Collectivités territoriales
Instituts de recherche
Acteurs économiques
Associations de consommateurs
Association d'obèse
Personnalités qualifiées

Améliorer l'environnement

- Développer le logo - inciter les acteurs à le demander
- Utilisation exclusive de ce type de document par les projets financés à niveau régional et, progressivement en milieu scolaire
- **Règlement d'usage de la marque « Programme national nutrition santé »** : déposé à l'INPI
- **Décret « publicité »** : article 29 de la loi du 9 août 2004
- **Etiquetage nutritionnel** : limiter la cacophonie

Suppression des distributeurs payants dans les établissements scolaires

Publier un arrêté « restauration scolaire »

Améliorer l'environnement

Améliorer l'offre alimentaire : qualité nutritionnelle,

- promotion - publicité,
- taille des portions,
- modalités de distribution,
- disponibilité,
- restauration collective

En incitant les acteurs de

- la production,
- la transformation,
- la distribution,
- la restauration collective

à signer des chartes
d'engagement
de progrès nutritionnel
(profitant à tous)

Sur la base d'objectifs précis, chiffrés, datés, contrôlables

Possibilité de valorisation de l'engagement

Prévention nutritionnelle

Promotion des repères de consommation du PNNS

Fruits et légumes

Favoriser
l'accessibilité
Communication
éducation
Actions locales
Expertise INRA
Chartes

Produits céréaliers

Prévoir une
réglementation
farine >65
Développer pain
farine 80
Chartes

Aliments gras, salés, sucrés

Communication,
éducation
Chartes

Eau

Chartes

Sel

communication
Chartes

Activité physique

Implication
DRJS, DDJS
Chartes villes,
entreprises

Campagnes médiatiques, outils d'information, d'éducation,

INPES

Prévention nutritionnelle

Promouvoir les actions locales

Impliquer toutes les collectivités territoriales, en développant des chartes adaptées

- Approfondir, rendre plus précises les chartes « villes actives du PNNS »
- Mettre en place des chartes avec les conseils généraux, les conseils régionaux, en s'appuyant sur leurs compétences

Développer des chartes avec les entreprises (actions en faveur de leurs salariés).

Exemples : disponibilité de fruits et légumes, incitations à l'activité physique, fourniture de subventions fruits et légumes, formations spécifiques....

Prévention nutritionnelle

Promouvoir les actions locales

Développer le volet nutrition des PRSP

Développer le partage d'expériences

Valoriser les projets majeurs

- Échanges interrégionaux (une fois par an)
- Colloque national (tous les deux ans)
- Développement d'une « banque de projets nutrition » nationale

Appel à projet « Bien Vieillir »

Image du corps et société

- **Groupe de travail** : mode, publicité, media, influences sur les représentations du corps et les comportements de consommation alimentaire pour des bonnes pratiques-chartes...
- **Actions** contre la stigmatisation des obèses : saisine de la Haute autorité de lutte contre les discriminations
- **Analyse** scientifique des risques liés aux régimes amaigrissants couramment promus (HAS)
- **Contrôle** des préparations « amaigrissantes » (AFSSAPS)



Merci pour votre attention

Dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels
dans le système de soins

DHOS

Actions spécifiques en faveur des populations en situation de
précarité

DGAS

Une nouvelle gouvernance

Niveau national

Réunion annuelle

Comité interministériel de la politique nutritionnelle française

Décide des orientations stratégiques

Préparé par un rapport du président du comité de pilotage

Agriculture,
consommation,
éducation, jeunesse et
sports,
cohésion sociale,
personnes âgées,
recherche

Comité de pilotage du PNNS

Réunion mensuelle

Orienté le développement des actions

Composition à élaborer :
« acteurs majeurs »

Niveau régional

Comité régional de pilotage du PNNS

Fait des propositions au GRSP

Un règlement d'usage

Déposé à l'INPI (octobre 2006)

Buts : identifier le programme et préserver sa cohérence

Réservé aux services de l'État ou des organismes d'assurance maladie

Dérogations

- Usage privé ou par une personne physique à des fins non commerciales
- Les villes et communautés de commune « actives du PNNS »
- Organismes à but non lucratif pour des supports de communication destinés à des professionnels (déclaration à la DRASS qui peut s'opposer dans les 40 jours)
- Les actions conformes et financées par Etat, Assurance maladie, « actives du PNNS », UE
- Les documents promotionnels d'une action ou d'un document ayant obtenu le logo PNNS

Interdiction : sur une denrée alimentaire

Décret « publicité alimentaire »

Message d'information sanitaire (en alternance)

- ✓ Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour
- ✓ Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière
- ✓ Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé
- ✓ Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas

Adaptations enfants, radio, promotions « boîte à lettre »

Ou : payer 1,5% du prix de la publicité

Prévention nutritionnelle

Promouvoir la cohérence

- Développer le logo - inciter les acteurs à le demander
- Utilisation exclusive de ce type de document par les projets financés à niveau régional
- Poursuivre la production d 'outils d 'éducation, de communication et de formation adaptés à divers publics et professionnels
- Élargir le champ de www.mangerbouger.fr (informations, conseils)
- Surveillance des messages erronés (comité de pilotage, sociétés savantes)
- Défense juridique du PNNS (règlement d'usage)

Prévention nutritionnelle

Améliorer l 'offre alimentaire :

- qualité nutritionnelle,
- promotion - publicité,
- taille des portions,
- modalités de distribution,
- disponibilité,
- restauration collective

Comment?

Inciter à la signature de chartes d 'engagement de progrès nutritionnel (profitant à tous)

Qui?

Acteurs de la production, de la transformation, de la distribution, restauration collective

Quelles bases?

Des objectifs précis, chiffrés, datés, contrôlables

Quelle procédure?

- Comité d 'experts défini un référentiel
- Acteurs économiques proposent, négocient
- Comité d 'experts valide, comité de pilotage notifie

Possibilité de valorisation de l 'engagement

Prévention nutritionnelle

Promotion de l'allaitement maternel

- Sensibilisation des professionnels
- Information des femmes
- Référent allaitement dans chaque maternité
- Rapport parlementaire sur la législation comparée en matière d'allaitement

Prévention nutritionnelle

Populations défavorisées (hors aide alimentaire)

Développement des actions de proximité :

Implication des réseaux des caisses d'allocation familiales

Implication des Centres d'examen de santé

Implication des CCAS

Analyse et adaptation de documents d'éducation, d'information

Population en situation de précarité : améliorer l'aide alimentaire

Formation

Effort majeur (Rapport du Pr Ambroise Martin)

Professionnels des champs de la santé (libéral et salarié), du domaine social, de l'éducation, des personnels des collectivités territoriales, d'éducateurs sportifs

Formation initiale et continue

Développement d'outils de formation

Recherche

Agence nationale de la recherche,

Programme national de recherche sur l'alimentation

Recherche de renforcement des collaborations Public/privé

Améliorer l'offre

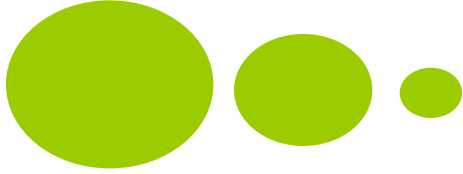
- ☐ Etiquetage nutritionnel : limiter la cacophonie
- ☐ Faisabilité d'un signal rappelant les repères de consommation du PNNS
- ☐ Etude de la perception et de la consommation des produits « allégés » en situation ordinaire.

Publier un arrêté « restauration scolaire »

En milieu scolaire : circulaire interministérielle globale

Propos introductifs

Les mécanismes d'influence de la publicité sur le comportement de l'enfant



Michel Jullien - Enseignant formateur, Centre AudioVisuel de Grenoble

L'enfant et la télévision



- La TV est le premier loisir en France et dans le monde
- L'enfant passe plus de temps devant la TV qu'à l'école.
- 1 enfant sur 4 a une TV dans sa chambre.

Les 4-14 ans regardent la télévision 2 heures 20 par jour

La TV, nounou



- L'enfant a souvent regardé la TV sur les genoux de ses parents.
- Seul devant la TV, il renouvelle ce plaisir éprouvé.
- 10% du temps passé devant la TV consiste à regarder des publicités.

Le temps passé devant la télévision contribue spécifiquement à la sédentarité des enfants.

50 minutes de télévision sont ainsi équivalentes à 1 heure de sommeil.

Tous concernés par la pub



- Si la pub n'était pas rentable, elle n'existerait pas.
- 2520 contacts avec la pub et les marques par jour

Le coût du spot publicitaire de trente secondes s'élève environ à 100 000 euros sur TF1 vers 20 h 45 (*soit plus de 100 fois un SMIC net mensuel !*). Sur France 2, dans la même tranche horaire, c'est le chiffre de 39 700 euros qui est avancé par la régie publicitaire

Promotion d'un modèle de société à travers les séries et les émissions pour enfant.

Chaque année 7 millions d'enfants âgés de 2 à 10 ans ingurgitent 36 000 spots de pub télé.

Environ 3 publicités par minute

L'enfant et la publicité





- Avant 5 ans: pas d'idée précise du rôle de la publicité
- Après 5 ans et jusqu'à 12 ans: une cible privilégiée

lien entre l'agressivité et le nombre d'heures passées devant la TV

Conditionner l'enfant-consommateur





- La TV, partie intégrante de la vie quotidienne de l'enfant
- La publicité : une distraction, un divertissement, un univers parfait.

Pour le sociologue Chombart de Lauwe, la publicité est "une déréalisation bien pensante qui gomme les conflits sociaux, sur-représentant les couches sociales favorisées".

Tout va bien dans le meilleur des mondes

Provoquer un désir d'achat



- La télévision, contact essentiel des enfants avec la publicité
- Agro-alimentaire: 70 % des investissements destinés à la publicité
- L'enfant est le vecteur principal d'achat de la famille

Dans les milieux sociaux défavorisés, se nourrir apparaît comme l'un des principaux besoins à satisfaire.

il y a une intégration sociale et une valorisation de soi au travers du produit alimentaire ou de la marque.

« J'existe parce que je consomme telle ou telle marque »

« je consomme donc je suis »

La publicité devient alors un facteur incontournable dans la socialisation alimentaire des enfants.

Plus une famille est pauvre, plus la part de sa dépense consacrée à l'alimentation est élevée : 17 % en moyenne mais autour de 27 % pour les familles défavorisées.

Plus de télévisions dans les foyers défavorisés



- télévision dans la chambre, 2 fois plus souvent que les enfants favorisés.
- la publicité: un modèle de consommation immédiate

Les personnes les plus précarisées seraient les plus atteintes par ces publicités, non parce qu'elles n'arrivent pas à les décrypter, mais parce que la publicité leur offre justement ce qu'elles recherchent pour exister au sein de la société.

« on peut acheter ce que l'on veut, quand on le veut. »

Bonbons, chips et gâteaux



- Pubs ciblant les produits pour enfants, 70 % concernent des aliments
- Pubs alimentaires: 70 % des produits sucrés

Acheter les produits " vus à la télévision "



- Céréales, goûters, sodas, bonbons
- 88 % des enfants qui connaissent un produit de marque ont envie de l'acheter

Course en famille: les enfants choisissent leur produit.

Tous ont envie d'acheter le cola de la marque mondialement connue. C'est dans les mœurs.

On culpabilise les parents qui n'achètent pas les produits de marque à leurs enfants :
Ceux sont de mauvais parents.

Ni pain, ni fruits dans les publicités !



- Les produits sucrés ne peuvent que plaire.
- Les enfants constituent la clientèle de demain

Caractéristique biologique=attirance du sucré.

Ces produits ne peuvent que plaire aux enfants.

Un impact à long terme de la publicité sur les comportements. Formatage

La publicité = des frustrations



- Chez l'enfant, cette frustration est contrôlable
- À l'adolescence, cette frustration pourrait ne pas se révéler sans conséquence

" J'aime bien la pub ! Ça sert à montrer des choses qu'on n'a pas et qu'on achète. " Slimane, 9 ans

" Si c'est pas à la télé, on sait pas. La pub ça sert à regarder et à acheter "
Aminata, 8 ans et demi

" J'aime les pubs, ça me fait reposer. Les pubs c'est pour nous faire envie et ça me fait envie alors ça marche »

« J'ai toujours faim et quand je vois la pub, je vais prendre quelque chose à manger " Myriam, 10 ans.

" C'est comme un vide quand y a plus de pub, j'ai l'habitude de voir des pubs. »

« Ça sert à nous présenter toutes les choses qui existent " Johanna, 10 ans.



La publicité = l'enfant roi



- L'autorité parentale bafouée
- L'enfant donne des conseils aux parents

Souvent dans les publicités, les enfants donnent conseil à leurs parents. L'autorité est démolie, elle est présentée comme ringarde, de façon générale. On voit bien que la forme d'autorité la plus ciblée est l'autorité parentale.

Soit l'enfant est mis au niveau de l'adulte, soit on ne sait plus qui de l'adulte ou de l'enfant se met au niveau de l'autre.

L'enfant est prescripteur d'achat



Une autre télévision



- Sans publicité
- Sans violence
- France 5, Capcanal

La Belgique

Tentative de suppression de la règle des 5 minutes qui empêchait de placer de la pub directement avant et après les émissions pour enfants à la RTBF

La Suède

- pas de publicités visant les moins de 12 ans (jouets, vêtements, aliments) ;
- les publicités destinées aux adultes ne peuvent en aucun cas suivre ou précéder immédiatement les émissions pour enfants ;
- spots publicitaires, il est interdit de faire figurer des personnes ou personnages (animateurs, héros de feuilletons), éléments renvoyant à l'enfance (voix, rires, etc.)

L'Espagne

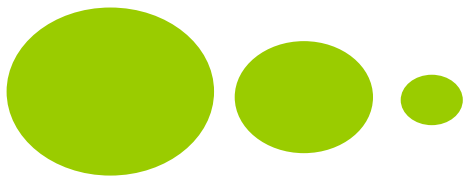
L'industrie agroalimentaire établira un **code d'autorégulation**, d'application immédiate, concernant la publicité relative aux aliments et boissons destinés aux enfants de moins de douze ans

La France

On y pense...

Table ronde

Prévention de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Anne Gerber – Directrice de crèche, Grenoble

1/ Introduction : pour mieux comprendre les enjeux

Lorsque l'on veut communiquer avec des parents, donc établir une relation et partager des points de vue concernant leur enfant autour d'un sujet comme la nutrition, il s'agit de bien en déterminer la dimension qui, dans le cas présent, va bien plus loin que la nécessité de se nourrir, au sens du dictionnaire. Et c'est là toute la complexité de la chose...

Pour donner une idée de cette complexité, je citerai un article paru dans le magazine " le Furet " (n°46, dossier intitulé " si l'assiette m'était contée "). Les auteurs, Claudine LEVY et Liliana SABAN respectivement diététiciennes et membres de l'organisation " migration santé Alsace " disent ceci :

" Manger est une histoire d'amour, une affaire d'argent, un signe de santé, une question de goût... Mais aussi des habitudes, des croyances, des attitudes, d'éducation, de culture et de convivialité qui nous concernent tous et ne nous laissent pas indifférents. "

En abordant la question de la prévention de l'obésité chez l'enfant, j'ai gardé présente à l'esprit l'idée que le sujet est sensible et que, lorsqu'on l'aborde avec les parents, il s'agit d'avoir en tête qu'on ne connaît pas grand-chose de leur expérience du nourrissage de leur petit, qui est intimement lié à leurs habitudes socio-culturelles, à leur histoire personnelle, à leur rapport à la nourriture. Sauf en prenant le temps d'échanger avec eux, sans jugement, sans essayer de leur inculquer la bonne manière de nourrir.

C'est ce qui m'amène à parler des difficultés rencontrées, dans le cadre de mon travail, lors de cet échange avec les familles.

2/ Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les professionnels dans la relation avec les collègues, les enfants et leurs parents, pour participer à la prévention du surpoids/obésité de l'enfant ? (Les freins et les leviers de cette prévention)

Je m'attacherai ici à montrer, par des exemples vécus dans le quotidien d'une structure d'accueil de la petite enfance, les freins, mais aussi les leviers de cette communication.

Du côté des professionnelles

Avant même d'envisager la relation avec les familles, il semble essentiel de clarifier le sujet en équipe. Dans l'Espace Petite Enfance dont je suis responsable nous sommes 11. On peut donc imaginer que chacune a son idée de la manière de nourrir les enfants,

chacune avec ses croyances, sa culture d'origine, ses connaissances théoriques du sujet, son expérience personnelle et professionnelle. Cette diversité constitue souvent un frein à la communication entre nous toutes.

- Par exemple, une des éducatrices a tendance à donner aux enfants une petite friandise en fin de matinée, lorsqu'elle prend son thé. C'est le côté affectif de la nourriture qui intervient et cette professionnelle considère ce geste comme une des manières de communiquer son attachement aux enfants... " Ce n'est pas grand-chose... juste un petit bout de gâteau ou de chocolat.... pour le plaisir... " En effet, on serait tentée de partager son point de vue, mais pris en fin de matinée, ce gâteau va peut-être couper l'appétit de l'enfant et l'empêcher de manger le repas équilibré qui va suivre... Outre le fait qu'il habitue les enfants à grignoter n'importe quand...
- Autre sujet de débat dans les équipements " Petite Enfance " : le sucre ajouté dans les aliments (yaourt, compote...) En met-on ou pas ?... Nous ne sommes pas toutes d'accord sur ce point et seule une discussion avec argumentation à l'appui nous donnera une attitude commune.
- Il est également nécessaire d'être convaincues, entre nous, que le sujet de la prévention de l'obésité n'est pas une lubie, un sujet à la mode dans les médias en ce moment mais bien une question de santé publique, dans laquelle nous avons un rôle à jouer comme intervenant au début de la vie de l'enfant et au contact étroit de sa famille.
Pour cela la formation et l'information des équipes est précieuse.
- Les préjugés des adultes sont tenaces au sujet des goûts des enfants : d'accord un tout petit a une préférence pour ce qui est sucré mais il est essentiel de leur donner à goûter d'autres saveurs qui vont développer leur curiosité gustative. Le cuisinier de la crèche voisine l'a bien compris : il leur prépare des plats assaisonnés d'herbes, d'épices, d'ail etc... Ce n'est pas une évidence pour tous les professionnels.

Une fois nommés ces différents freins, du côté de l'équipe, je peux aussi trouver les atouts :

- Travailler avec des professionnelles qui ont le souci de la qualité de leurs actions auprès des familles accueillies et pas mal de tolérance à leur égard.
- Avoir des échanges constants, informels ou plus organisés (lors des réunions, concertations et demi-journées pédagogiques) avec le médecin et la psychologue attachés à l'équipement qui nous aident dans la communication en équipe et avec les parents, par leur compétence, leur tact et leur ouverture d'esprit.
- Mettre au point des actions en faveur des familles qui concourent à une meilleure information et à favoriser le débat autour de l'alimentation : Réunions à thèmes, affichage des menus, ateliers goût, petits déjeuners ... Autant de temps de mise à disposition des professionnelles pour des échanges avec les parents... Notons qu'il y a encore beaucoup à inventer pour obtenir une participation du plus grand nombre à ce genre d'événements...

Il faudra tout d'abord, sans aucun doute, lutter contre cette notion trop souvent répandue (voire entretenue par nous même) du professionnel " spécialiste " de tous les sujets touchant à l'éducation et à la santé de l'enfant.

Ce qui m'amène tout naturellement à aborder le sujet, du côté des parents.

Du côté des parents

Parler de la prévention de l'obésité avec les parents est, comme je l'ai mentionné précédemment, un sujet délicat.

Nous touchons là aux premières relations mère/bébé qui se construisent autour de

l'alimentation. Parler de troubles de l'alimentation revient donc, pour certaines mères, à suspecter des troubles dans cette première expérience du bébé, voire à pointer une défaillance de leur part.

Comme le dit la psychanalyste Claude HALMOS dans un numéro de " Psychologie " consacré à l'alimentation : **" le lait est le premier lien entre l'enfant et sa mère. Mais l'alimentation est aussi affaire de tendresse et de paroles. De la réussite de cette relation nourricière dépend la construction du petit d'homme "**.

- Peut être un frein à la communication toute intervention qui viendrait remettre en cause la qualité de cette première relation, les conseils et recommandations péremptoirs, les discours normatifs qui ne tiennent aucun compte du vécu des parents par rapport à l'alimentation de leur enfant.

On peut alors obtenir des réactions extrêmes de leur part :

* mise au régime strict de l'enfant, voire obsession de la minceur (ex. rationnement sur la quantité de nourriture. Légumes donnés sans aucune adjonction de matière grasse, au risque d'ôter tout plaisir de manger etc...)

* Dénier total du problème de poids et poursuite de pratiques qui peuvent être préjudiciables à la santé de l'enfant (ex. biberons sucrés donnés à tout moment de la journée, en réponse à des pleurs inexplicables, gâteau ou bonbon sorti du sac à chaque moment de retrouvailles mère /enfant etc...)

- Il y a un frein de nature économique qu'on ne peut nier : comment préconiser de manger 5 fruits et légumes par jour alors que tant de familles sont dans la précarité ? Cela nous semble assez hypocrite et, pour le coup, très culpabilisant pour ceux qui n'en ont pas les moyens...
- Comment, d'un point de vue éthique, tenir un propos sur la prévention de l'obésité à une mère originaire d'un pays où sévit la famine ?
- Une autre difficulté dans la communication est la méconnaissance des habitudes familiales, culturelles, de l'importance de l'alimentation dans les familles - tâche complexe lorsqu'on accueille 70 familles (voire plus dans certains établissements...). D'autant que certains auront du mal à dévoiler à un professionnel sensé être un " spécialiste ", que leur enfant mange des pop corns devant la télé ou prend un biberon de grenadine pour s'endormir...
L'étiquette " spécialiste " est alors un frein à la communication.

Elle peut, à contrario, en être le levier : par exemple lorsque le médecin de crèche, connu des parents et ayant préalablement établi un bon contact avec eux, s'appuie sur la courbe de poids de l'enfant pour leur faire prendre conscience de la nécessité d'une attitude de prévention de l'obésité.

Si l'on peut aussi les rassurer, avec des connaissances concernant tous les enfants, sur les néophobies alimentaires, ils se décourageront moins en matière de préparation des repas.

En matière de leviers, d'atouts, il y a tout d'abord la qualité de nos échanges avec les parents :

- S'ils sont empreints de respect et de connivence autour de l'éducation, nous avons des chances de faire passer des messages qui seront mieux reçus. Nous pourrions prendre alors le risque de dire aux parents notre souci par rapport au poids de leur enfant.
- Un atout est aussi de faire confiance aux parents et de leur laisser leur place, dans ce domaine comme dans d'autres, liés à l'éducation. Quand certains s'expriment, lors de réunions de parents, on obtient des témoignages intéressants et plein d'enseignements :
Par exemple, cette mère d'origine kabyle et d'une famille nombreuse qui nous transmet les propos de sa propre mère: " l'enfant ne doit jamais être forcé à manger car si on le contraint, il ne saura plus écouter son corps et il risque des déviances alimentaires comme la boulimie ou l'anorexie ".
Un père africain nous dit combien il aime retrouver la cuisine de sa grand mère,

évoque de bons souvenirs et critique sévèrement la tendance à manger devant la télé qui coupe toute communication autour du repas. Ces témoignages se passent de commentaires...

Du côté des enfants

Au fil de mon intervention, l'enfant est au cœur des préoccupations des adultes qui s'occupent de lui. Le discours qui peut lui être adressé directement devrait appuyer sur la manière d'être et les pratiques mises en place au moment des repas : ambiance, composition des repas, échanges de paroles etc... (ex. présenter le repas de façon appétissante, ne pas donner au dessert une place de récompense, ne pas forcer à manger...).

Si, à propos de ce sujet comme de tout ce qui le concerne, il est témoin de relations de qualité entre les adultes, il pourra plus facilement trouver sa place et devenir acteur de sa manière de manger, de bouger, en y prenant plaisir.

3/ Conclusion : pistes de conduites pour être un professionnel bienveillant en matière de prévention de l'obésité

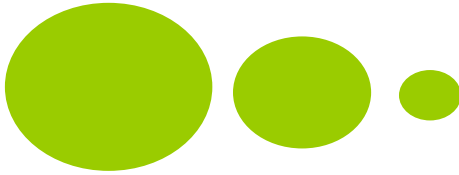
Pour parler de prévention de l'obésité en tant que professionnel, il faut avoir soi-même des idées à mettre en place, les faire vivre avec les enfants et les communiquer aux parents :

- Favoriser le plaisir de manger par notre attitude au moment des repas collectifs, par l'ambiance que l'on installe à cette occasion avec les enfants.
- Cuisiner avec eux et engager les parents à le faire à la maison lorsqu'ils en ont le temps et l'envie.
- Donner des informations sur l'alimentation à tous les parents, qui ne stigmatisent pas ceux dont l'enfant présente un problème de poids : réunion sur ce thème, affichage des menus de la crèche, suggestion de goûters équilibrés, etc...
- Organiser des moments festifs autour de ce sujet : ateliers goût pour les enfants, petits déjeuners avec les parents, " apéro-parents " en fin de journée au cours desquels chacun apporte une spécialité culinaire...
- Communiquer sur l'activité physique des enfants pour ne pas oublier cet aspect du problème...

En conclusion, j'ai envie de dire à quel point il est important, pour prévenir l'obésité, de communiquer sur le plaisir de manger, d'être gourmet, de partager ce plaisir en famille. Le plaisir aussi de jouer avec les enfants, de faire des activités de plein air avec eux aussi souvent que possible... Et tout cela dès le plus jeune âge.

Table ronde

Prévention de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Nadine Job-Huert - Pédiatre de crèche, Grenoble

Nous travaillons avec de la sensibilité à vif, des parents, des enfants, et avec la nôtre aussi.

Je pense que la prévention de l'obésité de l'enfant est avant tout une question de limites. Je vous propose, comme je tente de le faire avec les parents d'explorer toutes les limites.

C'est un lieu commun de dire que les nouveaux nés n'ont pas conscience de leur corps, qu'ils se sentent rassurés lorsqu'ils sont portés, contre le corps et le sein de la mère. Le nirvana du bébé, c'est l'état de satiété après la tétée, lorsqu'il reste blotti contre le sein, dans un plaisir indifférencié de l'intérieur et de l'extérieur de son corps.

C'est par **la peau**, l'odeur et les sons que le nourrisson communique essentiellement avec sa mère. Lors de l'allaitement, le nourrisson trouve non seulement une réponse à sa faim, mais également à son besoin d'attachement, de contact peau à peau, d'alternance de contact : présence / absence.

Pour que le bébé arrive à calmer l'état de tension provoqué par la faim et par l'absence de la mère, celle-ci doit arriver au bon moment, être ni trop absente, ni trop présente, ce n'est pas facile.... Un trop d'absence comme un trop de présence crée chez le bébé un état d'excitation intérieure qu'il ne peut pas maîtriser.

Si les choses se passent suffisamment bien entre la mère et le bébé, celui-ci va peu à peu intégrer cette barrière protectrice et rassurante, et devenir capable de créer en lui-même un espace, un temps pour pouvoir différencier les stimulations **internes et externes**, et ses différentes sensations (je me sens mal, ou bien ...) donc commencer à **penser** ce qui lui arrive.

Le bébé s'individue et prend possession de son corps. Il découvre ses pieds et le plaisir des premiers mouvements.

Il est alors nécessaire de l'aider à rester dans sa **limite** à lui, et j'insiste absolument avec les parents sur l'importance de cette notion : la **première autonomie**.

Car il s'agit en même temps de la limite entre l'intérieur du corps, et l'extérieur, il s'agit de ne plus avoir besoin d'incorporer sa mère, il s'agit d'associer la satiété et l'autonomie, d'apprendre à accepter une distance entre le corps de la mère et le sien.

C'est pourquoi, inlassablement, avec les mêmes mots, à chaque consultation, je prends un temps assez long, pendant que le bébé est sur la table d'examen, jamais nu, jamais en pleurs, je parle en même temps au bébé, et je tiens à ce qu'il m'écoute bien, pour faire le point sur son développement psychomoteur et échanger sur cet essentiel : plus le bébé a conscience de son corps, plus on peut, et on doit, lui laisser de l'autonomie, du temps pour lui, ne pas se précipiter dès qu'il demande... Lorsqu'il a trouvé ses pieds, il est capable d'attendre un peu...

Pour continuer à parler de la limite à un autre stade du développement je vais maintenant évoquer les repas des grands bébés, à partir de 16 à 18 mois, dans une des crèches où je travaille... Il ne s'agit certainement pas d'une expérience unique, mais elle relève d'une action réellement préventive des dysfonctionnements alimentaires. Les parents sont absents, un espace existe pour une autonomie différente, l'enfant est là dans ses limites corporelles personnelles.

Dès que le bébé a une marche assez stable, il mange au self service. Tous les plats du repas sont posés sur une tablette, à sa hauteur. Chacun à son tour, et les autres attendent patiemment, un bébé vient se servir, dans un petit plateau à compartiments. Les auxiliaires peuvent donner un petit coup de main, mais elles n'imposent rien. Les bébés se servent spontanément **de tout**, et **très peu**, et vont avec leur plateau s'asseoir à table. Les enfants adorent ce moment, ils jubilent... Jamais un plateau n'a été renversé.

La plupart tiennent absolument à manger seuls, et souvent, ils commencent par le dessert.

Lors des réunions de parents, des petits films leurs sont montrés.

Dans ce contexte, même à la maison, l'inquiétude sur le comportement alimentaire est inexistante et il est rarement nécessaire de s'inquiéter pour une courbe staturo-pondérale. L'autonomie donnée aux enfants pendant les repas, permet qu'à la maison aussi, les limites de satiété soient respectées.

On peut déduire de cette expérience où tout forcing alimentaire même insidieux est banni

- que ces petits là ne mangent pas pour faire plaisir à quelqu'un, ou parce qu'on les distrait... mais ils en ont du plaisir... et ils font plaisir à celles qui admirent leur compétence, et les soutiennent du regard et de la parole (holding visuel de Winnicot)

Ils se servent de toutes petites quantités :

- peut-être les bébés sont-ils découragés par des assiettes trop remplies, avec la quantité que l'adulte pense que le bébé doit manger... et l'inquiétude et le conflit alimentaire sont prêts à commencer : du mini forcing ludique au vrai forcing sadique, du " si tu ne finis pas ton assiette, tu n'auras pas de dessert " et c'est vrai qu'ils n'ont pas de dessert... à l'enfant qui doit rester une heure ou plus à table... et voilà, les aliments sucrés érigés en récompense, leur absence en frustration, l'énervement, l'angoisse qui accompagnent la prise de nourriture. Tout forcing alimentaire est **intrusif** (ne respecte pas la limite) et risque de déboussoier pour l'avenir les mécanismes de satiété.

En ce sens, il m'arrive souvent de rappeler en consultation les mots de F. Dolto qui disait aux enfants : " c'est très bien de dire que tu n'as pas faim, ce n'est pas grave, tu mangeras mieux demain ". Je dis l'importance de faire confiance à l'enfant en ce qui concerne son appétit, et sa sensation de satiété, et parfois, s'il me semble que cette question peut nous éclairer, je cherche à comprendre avec les parents l'origine de leur focalisation sur l'alimentation.

L'absence de plaisir et de convivialité familiale pendant les repas est, tout au long de l'enfance, un facteur de déstructuration des repas et donc entraîne le grignotage au long de la journée. Cela facilite souvent le dialogue d'aborder d'emblée la question par le biais de l'ambiance des repas, tant l'énervement, l'angoisse répétitivement présents, pèsent sur l'ambiance familiale.

J'ajoute ici, qu'au prisme des limites, celles, intimes, de l'enfant ne sont pas respectées, et que celles de l'interdit du grignotage en dehors des repas ne sont pas posées. Les conditions d'un futur trouble du comportement alimentaire sont là, qu'il s'agisse de boulimie, ou d'anorexie.

Bien sûr, il y a aussi tous ceux qui dès leur plus jeune âge ont beaucoup de plaisir à bien, et beaucoup manger... souvent chez de jeunes enfants à haut risque de prise de poids. C'est toute la famille qui n'a pas de limites, couples mères-enfants trop fusionnels, enfants surprotégés, absence d'interdits.

Alors, nous y voici, quel va être le poids des mots de la pédiatre ? Bien souvent, le fait de leur parler de l'expérience du self de la crèche permet d'amorcer le débat sur la relation alimentaire... toujours sur la pointe des pieds. C'est si vite fait de culpabiliser et d'inquiéter une maman... : " l'obésité ce n'est pas qu'une question d'esthétique, il s'agit de sa santé... Et qui fait les courses ? Il suffit de ne pas acheter de ces céréales épouvantablement sucrées (ce n'est qu'un exemple) ". Et après, comment continuer à travailler en confiance ?

A chaque consultation, l'enfant est pesé et mesuré, la courbe staturo pondérale est établie et commentée sans dramatiser. Un silence permet à la fois d'attendre d'éventuelles questions ou réactions, de ressentir une inquiétude, ou un déni.

Lorsque le suivi est régulier, et avant 3 ans, il n'y a pas d'urgence, la question du surpoids peut-être laissée en suspens. Le meilleur poids des mots... c'est souvent de ne pas en mettre.

Si un climat de confiance est déjà établi, dès que ce sera possible, je verrai l'enfant seul. Avant tout, je le déculpabiliserai. Ce n'est pas de sa faute, on n'est pas pareil, il a certainement des copains qui peuvent manger tout ce qu'ils ont envie sans grossir, mais, lui, c'est comme ça, il doit faire plus attention.

La parole du pédiatre ne sera pas toujours aisée devant une famille avec un enfant obèse à fortiori si elle consulte pour un autre motif. Ceci est parfois encore plus net lorsque l'un des parents est obèse ou en difficulté par rapport à son poids.

J'essaierai d'apprécier si l'enfant a une demande personnelle, un mal-être, comment il se sent dans son corps, qu'il peut parler ou dessiner ; s'il évoque des moqueries subies à l'école, ou... pendant le sport... s'il est motivé pour changer un peu son alimentation, son mode de vie. Le travail sera bien différent si la demande vient de l'enfant ou des parents...

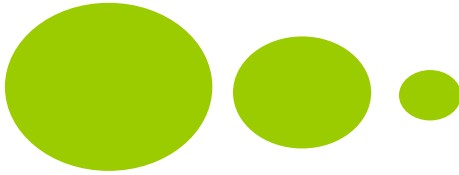
L'alimentation n'explique pas tout ; on peut accentuer la maladie en culpabilisant encore plus un enfant qui ne parviendra pas à suivre des restrictions imposées. Pour certains chez qui l'obésité ne constitue pas un risque vital mais est essentiellement une source de souffrance psychologique, la priorité peut être donnée à la restauration de l'estime de soi, et de l'image du corps... rentrer dans sa peau...se sentir bien dans sa peau..., rassurer.

Un travail, dans lequel chacun tient une place bien définie (les parents, le médecin, éventuellement le diététicien, le psychologue...), aidera l'enfant à reprendre confiance en lui. Et on a des surprises... il m'est arrivé de rester sur une impression d'échec, et de retrouver quelques années plus tard, un adolescent devenu svelte. La motivation devient souvent forte avec les premiers amours...

Un petit mot sur les recommandations officielles. Elles sont à adapter à chaque enfant en particulier, chacun est différent, on ne peut pas appliquer un " protocole ". Le sport bien sûr, est nécessaire... mais quel supplice d'exposer un corps trop gros, souvent pataud, devant ses camarades de classe, ou ses coéquipiers, qui ne manqueront pas de se moquer... C'est pourquoi, là aussi, il est nécessaire de réfléchir avec chaque enfant, chaque famille, à la meilleure manière de bouger ; peut-être pas à l'école, (je n'ai aucun état d'âme pour faire une dispense de sport à l'école et prescrire des séances de kiné) mais plutôt en famille, ou avec une personne proche, qui acceptera de s'investir avec l'enfant pour régulièrement pédaler ou jouer sur un parcours de santé, ou taper dans un ballon, hors du regard des autres.

Table ronde

Prévention de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Françoise Piney Laniel - Médecin, PMI du Rhône

1/ L'Activité des médecins de PMI [Protection Maternelle et Infantile]

Agents départementaux répartis sur le territoire, ils travaillent au sein **des MDR** [Maisons du Rhône] (équivalent des centres médico sociaux dans d'autres départements).

Equipe pluridisciplinaire : travailleurs sociaux (Assistants Sociaux, Conseillers en Economie Sociale et Familiale), puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychologues, Travailleuses Familiales... interviennent également au sein des **écoles maternelles** pour des actions de dépistage et d'orientation lors des bilans de santé des enfants de 3/4 ans.

Les bilans de santé :

Dépistage des troubles neuro-sensoriels, d'installation du langage, des troubles psychomoteurs, d'une Prise de Poids Excessive ou d'une obésité au moyen de la courbe IMC insérée dans chaque dossier.

Orientation vers la médecine libérale (ORL, orthophonie, ophtalmologie, Médecin traitant) en cas de problème repéré au cours du bilan.

Dans le Rhône, **21 000** enfants ont été vus en 2005 ce qui correspond à **94% des enfants de cette tranche d'âge**. C'est dire que pratiquement tous les enfants scolarisés de cette tranche d'âge sont vus au moins une fois pour un dépistage dans le cadre de l'école dans le Rhône = priorité de service. La moyenne nationale est de 40%.

Lors des consultations nourrissons :

Suivi mensuel des nourrissons en consultations nourrissons PMI au sein des MDR.

Dans ce cas la PMI connaît mieux les familles puisqu'il s'agit d'un suivi régulier et de ce fait un dialogue peut s'instaurer plus facilement avec les familles.

Dans chaque dossier on insère une courbe de corpulence pour le suivi de l'IMC, **support de dialogue** avec les parents.

2/ Les difficultés et les atouts de notre travail

Dans les 2 cas consultations nourrissons ou du bilan de suivi, l'atout majeur reste que les enfants sont vus **précocement**, il est donc plus facile d'agir pour les familles et peut-être moins culpabilisant. Compte tenu de l'âge des enfants dépistés **c'est aux parents que l'on s'adresse**.

Je laisse la place à mes collègues qui vont enchaîner sur les difficultés et les atouts de notre travail dans l'approche du problème poids avec les familles.

Conclusion

Prévenir le surpoids et ses conséquences est un **enjeu majeur de santé publique**.

La PMI et la santé scolaire sont des acteurs importants de cette prévention dans la mesure où leurs missions imposent de **prévenir**, d'**orienter** et d'**informer** la population au sujet des risques que le surpoids peut entraîner.

3/ Le travail en partenariat avec la médecine libérale, les autres professionnels de santé

Les médecins de PMI **ne travaillent pas seuls**. L'aspect " budget familial et équilibre nutritionnel " peut aussi être travaillé par nos collègues travailleurs sociaux au sein des MDR.(CESF, AS).

D'autre part leur rôle s'arrête au dépistage et le **relais par la médecine libérale** est ensuite indispensable pour sa prise en charge. Ceci impose donc de collaborer avec nos confrères libéraux (médecin traitant, pédopsychiatre, psychologues..) dans une optique de prise en charge plus **familiale** de l'obésité.

Quelque soit le niveau d'intervention du professionnel le problème de l'obésité appelle inévitablement celui de savoir **donner des limites** à son enfant.

Tôt ou tard le professionnel en vient à aborder avec les parents l'importance de donner des repères, des interdits qui garantissent un cadre rassurant à leur enfant. Il en vient à réfléchir avec les familles sur la façon de poser ce cadre... et à les soutenir dans cette démarche.

Enfin, la **médiatisation des effets néfastes que peut avoir la prise de poids** permet à chaque professionnel, depuis la place qui est la sienne, de rebondir sur ce qui a préalablement été dit par un autre professionnel. En quelque sorte il s'agit de faire " boule de neige " à propos des conseils de prise en charge de l'obésité.

Christine Faure - Médecin, PMI du Rhône

Devant un **problème de poids** chez un enfant, on va tenter de donner aux familles les **clefs** et les **connaissances acquises** pour qu'elles soient à l' **initiative** des décisions nécessaires et possibles pour revenir à un **équilibre** entre apports alimentaires et dépenses énergétiques.

1/ On va donc devoir d'abord affronter les difficultés **culturelles** pour :

- **Faire accepter le diagnostic** par la maman, les parents
En effet l' enfant est petit, on dit de lui : " **c' est un bel enfant** "
Le diagnostic souvent n' a pas encore été posé par la famille, ni même par le médecin traitant
- Ne pas stigmatiser l'enfant
Le mot obésité est peu ou pas prononcé ; les courbes du ministère permettent de le comprendre
On explique que " **l' enfant ne doit pas entendre le mot : obésité** "
- Ne pas dévaloriser cette maman qui peut se sentir remise en cause dans son rôle de " **bonne mère**, à priori qui nourrit bien "
- Déjouer la cacophonie ambiante des recommandations et transmettre des messages simples et clairs qui **respectent** les valeurs et les cultures de chacun

2/ On devra aussi aborder les difficultés liées au **rythme de vie familial** pour parvenir à :

- Ne pas exclure l'enfant **" on ne met pas un enfant au régime "**
 " l' enfant ne peut pas être raisonnable "
- Toute la famille est concernée ; les parents ont un rôle d'exemplarité
- Repositionner ces difficultés au niveau éducatif **entre tendresse et autorité**

3/ On devra enfin prendre en compte les éventuelles difficultés liées aux **conditions socio-économiques**

- Dans une écoute active et bienveillante, **non culpabilisante**, on aidera la famille à formuler **sa proposition** de changement au vu des recommandations actuelles en particulier du PNNS. Quel objectif atteignable ce jour ? " **Par quoi selon vous, peut-on commencer aujourd'hui ? "**

Sylvie Possety - Médecin, PMI du Rhône

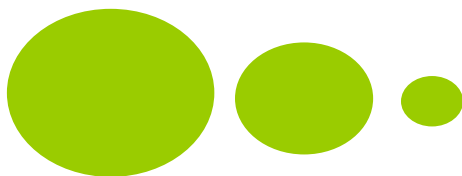
Après avoir évoqué les difficultés rencontrées, on va aborder maintenant, les outils, les stratégies et les atouts à notre disposition :

- On vient de parler de la difficulté d'acceptation du diagnostic par la famille, et il est vrai que c'est une réelle difficulté, car souvent ces petites rondeurs à 3 ou 4 ans sont mignonnes pour les parents ! On se sert donc des **courbes IMC**, qu'on explique faire **systématiquement** à tous les enfants vus en bilan de santé dans les écoles.
Ces courbes nous aident beaucoup à visualiser où se trouve l'enfant, et à expliquer que cette prise de poids est une réalité, et non une impression qu'on a.
C'est quand même cette partie (l'acceptation du diagnostic) qui reste le plus difficile, à cet âge.
- Un autre outil est cette **plaquette** élaborée par les équipes PMI et qui s'intitule : « bien manger et bouger pour être en forme : petits conseils pour tous », et qui rappelle des règles basiques de l'alimentation équilibrée (ex : 4 repas/jour, boire de l'eau à table...), avec des **conseils faciles à suivre** et adressés à **toute la famille**. Cette plaquette est donnée **systématiquement à tous** les enfants vus en bilan de santé, qu'il y ait ou non un problème de poids. Cette plaquette nous sert **de base d'échange** lors de l'entretien avec les familles pour voir avec eux ce qui est facile à changer à cet âge, ce peut être le biberon de lait de la nuit, les grignotages, le coca à table, ou aussi, le manque de sorties.
De toute façon, on ne plaque pas un discours et on voit avec la famille ce qui est modifiable.
- Le dernier outil est un **courrier de liaison au médecin traitant, élaboré par les équipes PMI avec un généraliste**.
C'est en effet le médecin traitant qui décidera, en accord avec la **famille**, de suivre cet enfant, ou de l'orienter au RéPOP (on en a parlé ou on va en parler plus tard), voire, pour les prises de poids (et non l'obésité), de le réorienter en PMI.
Le choix du médecin traitant n'est pas anodin, il connaît souvent toute la famille, continuera à voir cet enfant quand la PMI ne s'en occupera plus et pourra garder en tête de faire le point régulièrement pour cet enfant, voire faire le suivi avec le RéPOP.

Et le dernier atout, c'est bien sûr **l'âge de l'enfant**, la **récente installation de la prise de poids**, qui nous permet malgré l'annonce d'un **diagnostic difficile**, de rester sur un **discours positif**, avec en vue des modifications durables de **toute la famille, sans pointer ou mettre l'enfant cité au régime**.

Table ronde

Prévention de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Catherine Delaporte – Agent territorial spécialisé des écoles maternelles, ville de Lyon

Pour situer le contexte dans lequel nous travaillons, les cantines scolaires sont approvisionnées par des sociétés tenues de se conformer à un cahier des charges imposé par la Ville de Lyon, très exigeant sur le plan diététique. De ce fait, nous n'avons aucune intervention à faire pendant les repas quant à l'équilibre alimentaire des enfants, sauf pillage de l'assiette du voisin !

Le goûter du matin est toujours en cours à l'École Michel Servet parce qu'il est manifeste que certains enfants arrivent en classe le ventre vide. Les enseignants établissent un menu pour le mois comprenant biscuits, céréales, compotes, yaourts, pain, fromages ou fruits. Les parents apportent pour l'ensemble de la classe l'un ou l'autre aliment. Les portions restent petites. Il ne s'agit que d'un encas et non d'un repas. Tel qu'il est pratiqué, ce système ne provoque pas de déséquilibre alimentaire particulier.

Nous n'avons pas de contrôle sur le contenu du sac des enfants pour le goûter après la classe. Nous ne sommes confrontés à un problème de déséquilibre alimentaire en prévention de l'obésité que dans ce dernier cas.

Les freins

- Les interventions permises pour les agents territoriaux spécialisés dans les écoles maternelles restent individuelles. Elles ne peuvent concerner que les personnes en demande d'informations concernant leur propre enfant. Cela limite beaucoup les actions qui peuvent être entreprises à notre niveau.
- Tout conseil concernant l'alimentation en réponse à une question posée amène à pénétrer dans l'intimité des personnes. Il se heurte à la difficulté de remettre en question des habitudes familiales. Une personne demandant conseil n'est pas forcément prête à remettre en question ses habitudes alimentaires.
- Le contenu du sac de certains enfants (chips, bonbons, paquets de biscuits entiers, boissons gazeuses sucrées, voire saucisson, le tout dans un même sac) manifeste souvent une compensation à des problèmes familiaux qui se situent en amont des problèmes d'obésité. Dans ces cas précis, les parents ne cherchent pas à s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontrent. De par notre fonction, une intervention pourrait être perçue comme blessante.

Les leviers

- Dans le cas évoqué, croisés avec d'autres indices, (comme le vol de nourriture dans les sacs des copains comme cela m'est arrivé dans un autre établissement) nous ne pouvons agir directement. Nous pouvons nous rapprocher des professionnels de santé : infirmière scolaire ou puéricultrice de PMI, non sans en informer l'enseignant.
- Les légumes proposés à la cantine sont très diversifiés. Cette variété de goûts nous permet d'amener les enfants à faire connaissance avec des aliments dont ils n'ont pas l'habitude. Les

enfants goûtent à tout assez volontiers. Sans pouvoir mesurer les progrès, il est manifeste que cette action répétée tout au long de l'année produit des résultats.

- L'Alimentation des enfants suscite l'intérêt des parents. Après avoir pris connaissance du menu, ils nous demandent comment l'enfant s'est nourri et s'étonnent que les enfants aient mangé d'un légume refusé à la maison ! Est-ce suivi d'effets ? Je n'ai jamais eu de retours, les mamans ne se vantant pas toujours que c'est grâce à la cantine que l'enfant mange du chou-fleur à la maison. L'exemplarité de la cantine pourrait néanmoins à long terme porter ses fruits.

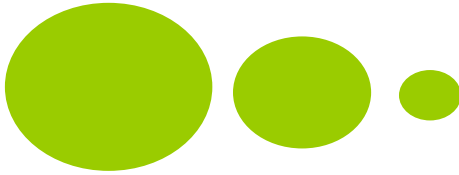
En conclusion

En accompagnant les enfants, nous pouvons détecter et signaler les problèmes qu'ils éprouvent face à leur alimentation.

Nous pourrions renforcer nos actions auprès des enfants par des ateliers du goût en classe. Au sein de l'école, il est possible aussi de distribuer des documents informatifs.

Table ronde

Prévention de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Nicole Lauxerois - Médecin scolaire, Grenoble

Les freins

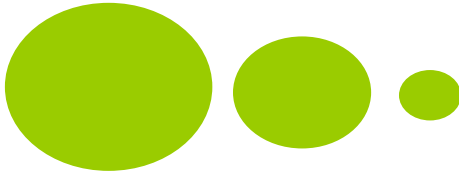
- Difficultés de prévention de l'obésité avec les familles de ces quartiers en grande difficulté sociale et économique, donc qui n'ont pas accès à certains produits (légumes, viandes).
- Problèmes culturels liés à l'alimentation
Méconnaissance de la nécessité d'une alimentation variée.
Les enfants demandent de façon autoritaire à leur mère l'achat des produits vus à la télévision.

Les facteurs favorisant

- L'action "Petits déjeuners" réalisée depuis 4 ans avec la participation des parents et de la restauration scolaire a l'avantage de faire connaître les différentes cultures et les différents types d'aliments (pains, fruits frais, fruits secs, laitages, jus de fruits).

Table ronde

Prévention de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Nicole Vidal – Diététicienne libérale

Le poids des mots ou

comment un programme à visée amaigrissante pourrait faire grossir en 3 points ?

- 1/ En stigmatisant le surpoids comme un mal à combattre : renforcement de la spirale négative dans laquelle est bien souvent enfermée la personne en surpoids).
- 2/ En valorisant certains aliments : renforcement du trouble de la boucle de satisfaction stress-réconfort).
- 3/ En voulant nous contraindre à respecter des consignes nutritionnelles : dépossession des sensations corporelles).

1/ Le PNNS accuse les personnes porteuses d'un surpoids d'être de mauvais citoyens car ce sont des malades en puissance qui, s'ils ne coûtent rien aujourd'hui, coûteront très cher, demain, à la société.

Les personnes en surpoids, déjà très enclines à l'empathie, ne pourront que se trouver coupables ou accusées par l'idéologie collective d'abuser d'un système, de ne pas savoir, de ne pas réussir à se contrôler et par là même on aboutit à l'*accentuation de l'image négative du gros aussi bien au niveau général, sociétal qu'au niveau individuel.*

2/ Le PNNS, en valorisant certains aliments (fruits et légumes), en diabolise forcément d'autres (produits sucrés, produits gras...) Or dans le contexte d'abondance alimentaire que connaissent les sociétés occidentales, manger est devenu le moyen le plus courant de lutter contre le stress. En effet, il y a peu d'années, il était encore possible de calmer ses tensions en fumant une cigarette ou en buvant un verre d'alcool ou même en roulant à tombeau ouvert sur l'autoroute, aujourd'hui, ces moyens étant devenus répréhensibles, on est forcé de se rabattre sur les seuls moyens licites qui existent encore : les aliments et les médicaments.

Quoi de plus naturel, donc, que certains (plus souvent que d'autres) soient tentés d'utiliser les aliments, pour se soulager de leur angoisse, leur colère, leur tristesse... Ils utilisent les aliments, notamment les plus riches, les plus gras ou les plus sucrés, comme un moyen de défense rudimentaire contre les agressions psychiques dont ils sont victimes. Tant que la vie psychique, le poids ou la santé, ne sont pas en péril, pourquoi s'inquiéter de ce phénomène. Un coup de blues ? Mars et ça repart ! Au repas suivant l'appétit sera réduit d'autant et tout sera pour le mieux.

Cependant, pour que les choses se passent ainsi, il est nécessaire de penser du bien de ce qu'on ingère.

Et c'est là que le bas blesse :

d'une part à faire croire que certains aliments sont bons à la santé, puisque santé et poids vont de paire, il n'y a qu'un pas à franchir pour penser que ces aliments ne faisant pas grossir, font maigrir alors on commence, pour se faire du bien, par boulimiser, en toute bonne conscience, des légumes, des laitages à 0%, MAIS le plaisir n'étant pas vraiment au rendez-vous, on finit par boulimiser chocolat, gâteaux, fromages ou... et puisque ces aliments sont responsables de tous les maux dont

on souffre ou souffrira, comment peuvent-ils réconforter ? Alors par manque de réconfort ou par anticipation de la privation à venir ou par rattrapage de celles passées, on se gave et on verra demain ! On aboutit donc à l'incapacité d'obtenir le réconfort, alors qu'on en a de plus en plus besoin ! L'effet de réassurance est perdu et, incapable de trouver le réconfort, on ne parvient plus à s'arrêter de manger !

La diabolisation des aliments fait donc manger davantage aussi bien les aliments diététiquement corrects que les mauvais.

3/ En nous demandant de respecter des consignes nutritionnelles, le PNNS nous contraint à manger avec notre tête et non plus avec notre ventre ou nos sensations corporelles.

Les règles diététiques énoncées qui se veulent scientifiques s'appuient en fait sur une science jeune et capricieuse. De nouvelles découvertes remettent régulièrement en question les bons conseils : en 30 ans, les recettes pour ne pas grossir sont ainsi passées de l'interdit strict des glucides et de la promotion des protéines au tout-glucidique-lent, à la chasse aux lipides et à une méfiance pour les viandes. Et ne parlons pas des discussions sur les graisses cachées, les laitages, le calcium, le fer, ... Le problème est que, en procédant ainsi, on ne mange plus des aliments, mais des conglomerats de nutriments. On ne tartine plus du beurre sur son pain, mais des acides gras saturés sur ses glucides lents.

Or c'est loin d'être la même chose.

Car le pain, le beurre et tous nos aliments ont une histoire indispensable pour nourrir notre esprit, pour créer en nous des émotions de contentement, pour nous permettre d'atteindre la satisfaction, pour nous restaurer et nous réconforter.

D'une part comment faire confiance à des règles qui évoluent sans cesse alors que l'humanité a réussi à survivre aux guerres, aux famines, aux épidémies. Pourquoi ne plus faire confiance en ce savoir collectif ?

D'autre part, les règles étant établies pour une majorité d'individu, comment revenir à l'échelle individuelle quand on n'est ni nutritionniste, ni diététicienne, que faire si on n'a pas faim et que la règle dit qu'il ne faut pas sauter de repas ? Que faire quand le corps nous a trahi et qu'on a avalé un paquet de papillotes au lieu des pommes prévues au goûter, que faire quand on est invité et que nos hôtes peu enclins à l'équilibre nutritionnel proposent une tartiflette suivie d'une mousse au chocolat, le tout arrosé de vin blanc ???

L'individu est face à des choix cornéliens, la nourriture devient anxiogène car les réponses diététiques ne sont pas adaptées à la vie de tous les jours et ne peuvent qu'être générales.

Conclusion et autres pistes à explorer dans un meilleur respect des personnes en surpoids

Il me semble essentiel *d'Echapper à l'idéologie du " diététiquement correct "* **car** manger est une conduite fondamentale, indispensable à la vie et à la survie de l'individu et de l'espèce, mais **manger s'apprend** non pas en calculant la dose de tel ou tel nutriment nécessaire au bon fonctionnement de tel ou tel organe, mais Il faut, pour parvenir à se nourrir de façon adéquate, être à l'écoute de ses appétences, de ses appétits. Cela nécessite qu'on y consacre du temps, de l'attention, qu'on se place dans de bonnes conditions matérielles et psychologiques.

Ecouter, (ré)apprendre à respecter ses signaux internes, connaître ses goûts, ressentir la différence entre avoir faim et avoir envie de manger, retrouver le plaisir d'être rassasié, le plaisir de manger s'apprend au cours d'expériences de vie, il y a de l'inné et de l'acquis.

Pour renouer avec son corps, faire la paix avec lui, il convient de tenir compte de ses besoins et d'y obéir J'ai envie de dire à chacun " Mangez ce qui vous fait envie, ne craignez pas les aliments les plus nourrissants, qui sont aussi les plus savoureux : si vous les consommez avec toute l'attention qu'ils méritent, si vous pensez du bien de ce que vous mangez, alors vous serez satisfait avec peu. Prenez tout votre temps car manger est un acte de la plus haute importance. Mangez de la vraie nourriture, ayez de vraies sensations, ne vous contentez pas d'évocations mentales. Chaque bouchée compte et vous comble ! Peu à peu, vous le sentez, vous voilà nourri, rassasié, réconforté. Pourquoi, dès lors, manger davantage? "

Puisque ce sont les émotions positives (et pas l'anxiété, culpabilité, frustration, honte, colère ou même le désespoir que nous éprouvons dorénavant en mangeant) qui participent aux mécanismes du rassasiement et nous donnent la possibilité de manger en fonction de nos besoins, puisque sans

elles, les processus de régulation sont mis hors-jeu, pourquoi, au lieu de stigmatiser les rondeurs et les mangeurs de produits gras et sucrés, ne pas prôner la connaissance de soi, l'acceptation de soi ?

Car alors, étant à l'écoute de ses besoins, de ses appétits, prenant soin de soi, on cesse de se gaver. On mange ce qu'on aime, à sa faim, et pas davantage (le mangeur livré à l'appréciation qu'il fait de ses besoins a une incroyable capacité à ajuster ses apports à ses besoins, avec une marge d'erreur de l'ordre de 1%. Quand on sait qu'une erreur de 25 calories par jour (un demi yaourt à 0%) entraîne une prise de poids de 9 kg tous les 10 ans, je mets au défi tout professionnel de la nutrition de donner à son patient le régime permettant un résultat similaire.

Des messages de santé publique véritablement pertinents seraient donc :

- **La course à la minceur fait grossir**
- **Parler d'EDUCATION ALIMENTAIRE plutôt que d'Education Nutritionnelle**

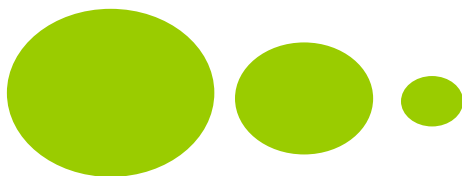
Etre à l'écoute de ses besoins, et être dans le respect de soi même

Apprendre à reconnaître ses sensations et ne pas respecter des règles extérieures

Souvent les choix alimentaires se régulent d'eux mêmes

Table ronde

Prévention de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Florence Chauvin et Gaëlle Sallé - Chargées de projets, ADESSI

Un état des lieux du dialogue inscrit dans un programme d'éducation pour la santé

L'objectif de mon intervention est de vous rendre compte d'un programme sur lequel nous travaillons actuellement à l'ADESSI, avec le soutien de la CPAM de Grenoble. Ce programme porte justement sur le poids des mots, autrement dit le dialogue autour de l'alimentation et la prévention de l'obésité, entre parents de jeunes enfants (0 à 6 ans) et professionnels : professionnels de santé d'une part, et professionnels de la petite enfance d'autre part.

Ce programme trouve son origine dans deux programmes précédents menés par l'ADESSI avec le soutien de la CPAM de Grenoble :

- l'un portait sur la prévention de l'obésité du jeune enfant et nous avait permis de faire un premier constat, à travers les actions menées, des difficultés que posaient cette problématique dans le dialogue entre parents et professionnels, de santé et de la petite enfance ;
- l'autre portait sur le dialogue entre parents de jeunes enfants et professionnels de santé et nous avait permis d'expérimenter l'intérêt (et aussi la difficulté) d'une réflexion partagée sur le dialogue. Nous avons adapté cette démarche à la problématique de l'alimentation.

La première partie de ce programme consiste à réaliser un état des lieux du dialogue entre parents et professionnels, à travers un recueil du point de vue des uns comme des autres. Il s'agit d'explorer avec eux comment le dialogue sur l'alimentation et la prévention de l'obésité se passe, dans quelles situations les uns et les autres se sentent plus ou moins à l'aise, entendus ou compris, quels freins au dialogue ils ont repéré et comment ils s'y prennent pour les surmonter. Nous leur demandons également de réfléchir aux actions et/ou supports qui pourraient faciliter ce dialogue.

Nous avons dans un premier temps rencontré les professionnels et c'est leur point de vue que je vais tenter de restituer ici. Lorsque, dans quelques semaines, le point de vue des parents aura été recueilli, nous restituerons à tous cet état des lieux et le mettrons au travail avec eux. Ceci nous permettra de définir ensemble des propositions d'actions ou de supports à créer qui pourraient être utiles aux uns et aux autres dans le dialogue sur l'alimentation et la prévention de l'obésité des jeunes enfants. Les parents et les professionnels qui le souhaiteront nous accompagneront ensuite dans la mise en œuvre des priorités retenues.

Au total, nous avons rencontré 38 professionnels dans toute l'Isère, dans le cadre d'entretiens individuels ou de rencontres en groupe. Il s'agit pour l'essentiel :

- pour les professionnels de santé : de médecins scolaires, médecins de PMI et médecins généralistes, pour la plupart exerçant également en médecine scolaire ;
- pour les professionnels de la petite enfance : de professionnels travaillant en crèche, halte garderie, multi-accueil, de coordinatrices de RAM et d'assistantes maternelles.

Des professionnels qui représentent ces différentes catégories sont intervenus dans le cadre de cette table ronde consacrée à la prévention. Ils se sont exprimés sur la question du poids des mots en se fondant sur leur pratique professionnelle et leur réflexion vis-à-vis de celle-ci. Cette intervention s'inscrit sans doute en complément de la leur, dans la mesure où elle présente une vision d'ensemble, une tentative de synthèse inscrite dans le champ de l'éducation pour la santé.

Les premiers résultats de cet état des lieux sont articulés autour de trois axes :

- ce qui facilite le dialogue ou au contraire constitue un frein au dialogue dans les contextes d'exercice,
- des exemples de situations dans lesquelles le dialogue est perçu comme plus simple ou au contraire plus difficile,
- des constats partagés par les professionnels et des stratégies développées par les uns ou les autres en réponse à ces constats.

Les freins et facteurs facilitant liés au contexte d'exercice

Qu'est-ce qui dans le contexte d'exercice des uns et des autres facilite ou au contraire rend plus difficile le dialogue sur l'alimentation et la prévention de l'obésité ? Bien entendu, la réponse n'est pas la même pour les professionnels de santé et les professionnels de la petite enfance, comme l'illustre le schéma n°1 (cf schéma 1 page), même si des dimensions communes peuvent apparaître.

En particulier la notion de temps est présente pour tous. Il s'agit du manque de temps pour parler d'alimentation avec les parents, en particulier :

- manque de temps en halte garderie quand les parents passent rapidement chercher leurs enfants et ont d'autres obligations,
- manque de temps lors de visite médicale de la santé scolaire parce qu'il y a beaucoup de choses à aborder avec les parents.

Ce manque de temps à chaque rencontre peut être compensé en partie par la possibilité d'un suivi dans le temps qui est difficile en santé scolaire pour les plus petits, mais peut être possible en PMI ou encore en médecine générale. La possibilité de suivi dans le temps est d'ailleurs un facteur facilitant clairement identifié par les assistantes maternelles.

Si les professionnelles de la petite enfance s'interrogent parfois sur leur légitimité à parler de l'alimentation et de la prévention de l'obésité avec les parents, cette question ne se pose pas pour les médecins : ils se sentent légitimes pour aborder la question et peuvent s'appuyer sur l'examen clinique et la courbe IMC pour démarrer le dialogue. La courbe IMC constitue pour tous un outil précieux pour le dialogue.

Pour les assistantes maternelles, la proximité avec les parents facilite le dialogue sur l'alimentation avec les parents. Néanmoins, l'inscription dans une relation employeurs/employés avec les parents peut parfois constituer un frein au dialogue. Un autre frein est pointé : celui de la difficulté de certaines à prendre de la distance par rapport à leur expérience personnelle vis-à-vis de l'alimentation et de l'alimentation de leurs enfants... Cette difficulté à prendre de la distance, du recul par rapport à notre propre expérience est sans doute une difficulté que nous partageons tous et qui mérite d'être mise au travail.

Des exemples de situations dans lesquelles le dialogue est plus ou moins facile

Le schéma n°2 (cf schéma 2 page) présente une vue d'ensemble des situations dans lesquelles le dialogue est plus ou moins facile évoquées par les professionnels rencontrés.

Pour les professionnels de la petite enfance, les situations dans lesquelles le dialogue se passe bien sont celles où :

- ils ont pu dès le début construire avec les parents un cadre clair pour ce qui concerne l'alimentation de l'enfant,
- les habitudes alimentaires de l'assistante maternelle et de la famille sont similaires, parfois construites ensemble en ce qui concerne l'enfant, à travers la mise en place de la diversification alimentaire,
- les professionnels sont décisionnaires pour les repas et les collations.

En revanche, les choses se compliquent par exemple lorsque :

- les professionnels ont le sentiment que les parents ne leur font pas confiance pour l'alimentation de leur enfant et/ou qu'ils sont très exigeants,
- les parents préfèrent fournir eux-mêmes le repas (pour diverses raisons parmi lesquelles celle du coût des repas),

- et parfois les professionnels jugent ceux-ci mal adaptés pour les enfants.

Autant de situations où les professionnels peuvent se sentir remis en cause dans leurs compétences ou gênés dans leurs pratiques (pas facile de donner à manger des choses différentes à chaque enfant) ou encore craindre de remettre en cause les parents en exprimant leur point de vue sur les repas ou goûters qu'ils apportent. Mettre des mots sur tout cela n'est pas toujours simple.

Pour nous éducateurs pour la santé, ce petit inventaire des situations plus faciles ou plus difficiles fait ressortir un enjeu fondamental : celui de la possibilité de rencontre entre deux personnes qui ont des habitudes, des préoccupations, des représentations, des craintes, des objectifs qui peuvent être différents... celui de la possibilité (et de la difficulté) de trouver les mots pour construire ensemble des solutions pour ce qui concerne l'alimentation de l'enfant qui conviennent aux uns comme aux autres.

Pour les professionnels de santé, les situations où le dialogue est ressenti comme plus difficile sont celles où :

- les professionnels ont le sentiment que les parents n'ont pas conscience du problème de poids de leur enfant et/ou des risques associés,
- les parents ont une culture différente qui se traduit par des représentations et des habitudes alimentaires différentes mais aussi des modes de relations parents/enfants différents.

Les situations où le dialogue est perçu comme facile sont celles où il est possible de laisser la place à l'expression des parents et où d'autres professionnels ont déjà parlé de la question de l'alimentation... Cela permet de redire mais aussi de mieux comprendre où en sont les parents : telle parole d'un professionnel rapportée à un autre par un parent qui l'a mal vécue pourra permettre d'engager le dialogue... Ici apparaît l'importance de la place laissée à l'expression des parents pour que la rencontre soit possible.

Des constats partagés et différentes stratégies adoptées en réponse à ces constats

Voir schéma n°3 (cf schéma 3 page)

Les constats partagés

Professionnels de santé et professionnels de la petite enfance formulent trois constats partagés.

Les parents sont perdus face à la multiplicité des discours sur l'alimentation

Les mots des professionnels de santé et des professionnels de la petite enfance arrivent dans un contexte où les parents entendent beaucoup de mots sur l'alimentation : les mots des publicités, les mots de la grand-mère, les mots de la voisine, ceux du médecin généraliste, du médecin scolaire, du pédiatre, de l'assistante maternelle ou de la puéricultrice de la crèche, les mots dans les magazines ou encore dans les brochures, par exemple les mots du PNNS. Au milieu de tant de mots, et de tant de discours parfois discordants, comment s'y retrouver ?

Quand on parle d'alimentation, il y a un risque de blocage du dialogue

Ce risque de blocage est identifié par tous les professionnels rencontrés. Ils le lient à différents facteurs :

- l'alimentation est un sujet complexe et délicat : on touche à la culture, à la famille, à l'intime des relations parents/enfants,
- quand ils parlent avec les parents de l'alimentation de leur enfant, les professionnels ont peur que les parents ne se sentent brusqués, montrés du doigt, culpabilisés...

Comme on a pu l'entendre tout au long de cette table ronde, ils ont bien conscience du poids des mots quand on parle d'alimentation et de prévention de l'obésité.

Avec la question de l'alimentation, on est sur le terrain de l'éducatif

Comme l'a expliqué Nadine Job, avec la problématique de l'alimentation, il est bien question de limites. Un professionnel nous dit ainsi : " *Les questions autour de l'alimentation montrent les problèmes éducatifs des parents* ".

Comment accompagner les parents sur ce terrain de l'éducatif ? Quand on est médecin, est-ce qu'on a légitimité à le faire ? Quand on a soi-même un rôle éducatif vis-à-vis de l'enfant, comment soutenir les parents sans se substituer ? On voit que ce n'est pas simple !

Différentes stratégies adoptées en réponse à ces constats

Valoriser et renforcer les savoirs et les compétences des parents

Un premier volet de stratégies évoquées par les professionnels - ou peut-être est-ce davantage une intention, une posture ? - est celui ou celle du renforcement et de la valorisation des parents dans leurs compétences de parents :

- face à la perte de repères des parents sur la question de l'alimentation, les professionnels cherchent à valoriser leurs savoir-faire : "*faites-vous confiance* ", "*écoutez-vous* " ;
- les professionnels cherchent également à renforcer les parents dans leur rôle de " poseurs de limites ", de décideurs de l'alimentation de leurs enfants : "*C'est vous le maître, ce n'est pas votre enfant qui doit décider de son alimentation à 5 ans* " ;
- enfin, les professionnels de la petite enfance cherchent à faciliter la tâche des parents, par exemple en leur disant que puisque l'enfant mangera équilibré dans la journée, ce n'est pas un souci s'ils ne peuvent lui donner des légumes le soir.

Pour nous éducateurs pour la santé, il y a là tout un champ de réflexion à mener avec les professionnels autour de la nature de l'accompagnement qui peut permettre aux parents de développer leurs compétences de parents : comment accompagner sans être dans l'injonction, sans se substituer, tout en donnant des repères ?

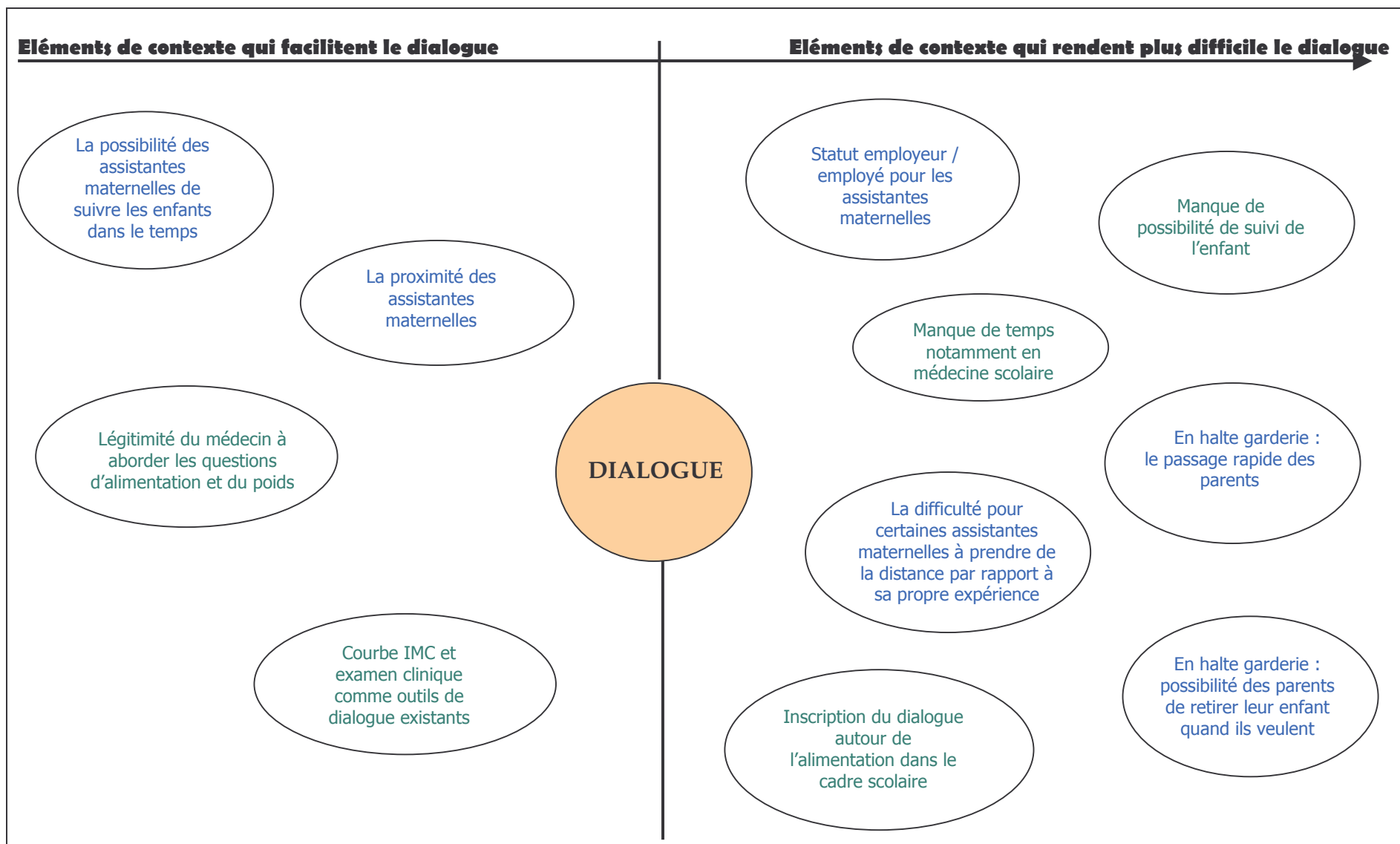
Des pistes pour le dialogue

Le second volet de stratégies évoquées donne des pistes très concrètes pour le dialogue avec les parents :

- Ouvrir la porte et savoir attendre : on peut aborder la question mais si les parents ne veulent pas le dialogue, on peut gratter mais on ne force pas, on laisse la porte ouverte au dialogue ;
- Laisser la place à l'expression des parents :
 - * matériellement, laisser une place aux parents pour qu'ils puissent exprimer une préoccupation, par exemple lors de l'examen clinique ou du traçage de la courbe IMC pour les professionnels de santé,
 - * explorer avec eux les choses : ce qu'ils font des informations dont ils disposent, la relation parents/enfants autour de l'alimentation, etc.
- Sentir jusqu'où on peut aller de sa place et de la connaissance qu'on a de la personne.

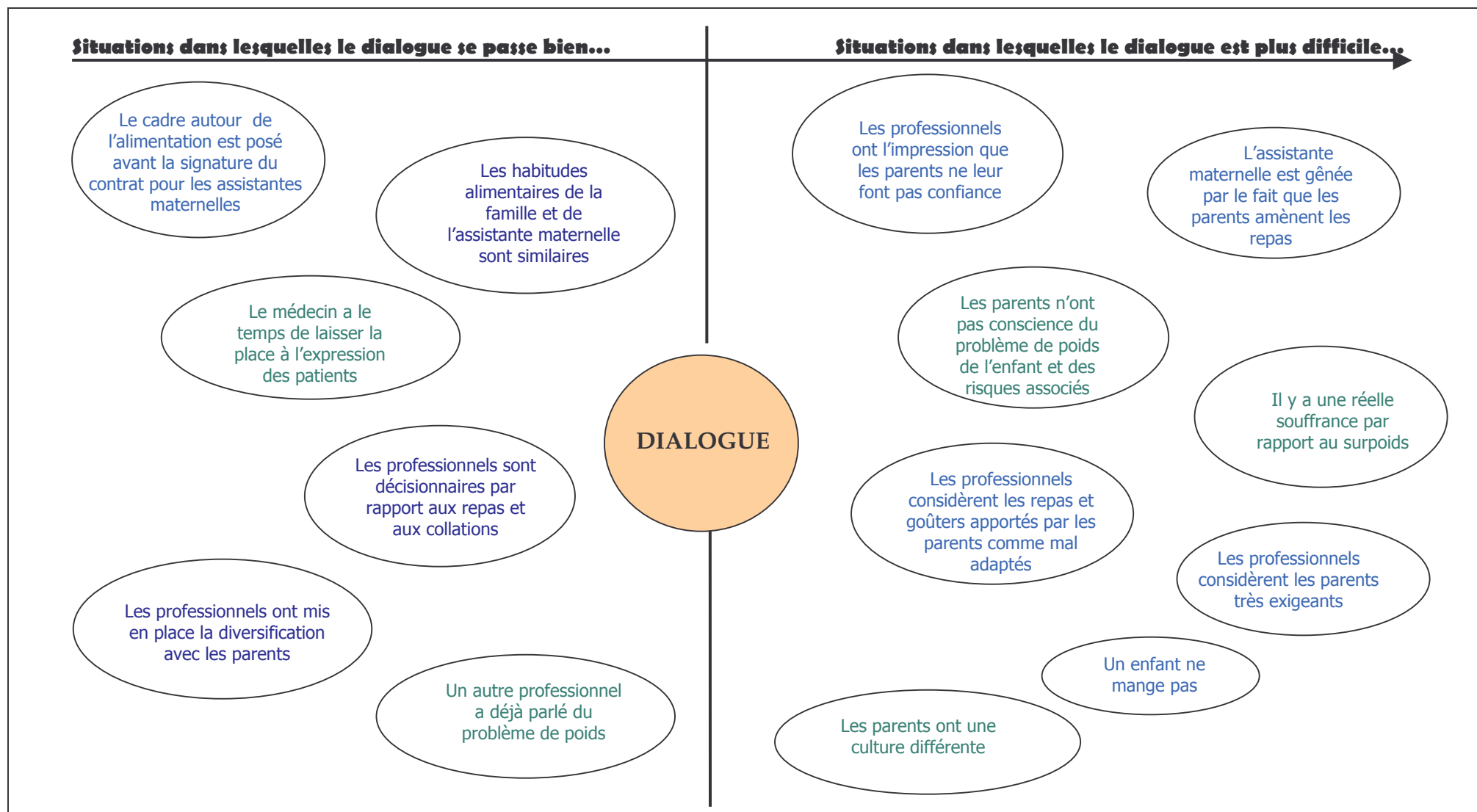
Ces pistes restent bien entendu à approfondir. Le sens qui s'en dégage est du côté d'une légèreté des mots plutôt que d'un poids des mots : des mots pour ouvrir le dialogue, des mots pour faciliter l'expression et au delà des mots, une posture, des silences, une place donnée aux parents et à leur expression pour pouvoir ensuite, lorsque cela sera possible, trouver des mots qui ont du sens pour les uns et les autres et construire ensemble.

Schéma 1



Légende : Eléments de contexte recueillis auprès des professionnels de santé.
 Eléments de contexte recueillis auprès des professionnels de la petite enfance.

Schéma 2



Légende : Situations recueillies auprès des professionnels de santé dans lesquelles le dialogue autour de l'alimentation se passe bien ou est plus difficile.
Situations recueillies auprès des professionnels de la petite enfance dans lesquelles le dialogue autour de l'alimentation se passe bien ou est plus difficile.

LES CONSTATS PARTAGES ...

- 1. Une multiplication des discours en éducation nutritionnelle conduisant à la perte de repères pour les parents**
- 2. Un risque de blocage du dialogue**
- 3. Avec la question de l'alimentation, les professionnels sont sur le terrain de l'éducatif**

DES STRATEGIES ADOPTEES PAR CERTAINS PROFESSIONNELS POUR FACILITER LE DIALOGUE...

Valoriser les parents dans leurs savoir-faire vis-à-vis de l'alimentation

Dans la relation parent / professionnel de la petite enfance, une volonté de faciliter la tâche à l'autre

Renforcer les compétences parentales

Ouvrir la porte et savoir attendre

Possibilité d'une médiation en structure collective

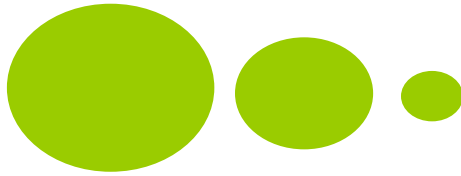
Laisser la place à l'expression des parents

Sentir jusqu'où on peut aller

Propos introductifs

Parler serait-il un poids ?

Angoisse et résistance psychologique à la parole autour de l'enfant obèse



Nathalie Dumet - Psychologue, Institut de psychologie, Bron

Introduction

Je débiterais mon propos par une courte situation clinique.

Je m'apprête à recevoir en consultation psychologique Linda, fillette d'une douzaine d'année, pour laquelle sa mère a pris rendez-vous sur les recommandations de son pédiatre. L'heure du rendez-vous venue, sur le seuil de la porte, Madame m'explique qu'elle reviendra chercher Linda à la fin de la séance, elle a une course à faire dans le quartier. Je lui dis que si je vais certes recevoir sa fille il est aussi important que je la rencontre, elle, et en présence de sa fille, tant pour me donner des informations sur son enfant que pour évoquer ensemble cette démarche de consultation. Madame me dit alors revenir dans 30 minutes et me laisse Linda. Durant les 30 premières minutes, timidement au début puis progressivement avec plus d'assurance, Linda m'exposera quelques éléments de sa situation, personnelle, familiale, sans omettre la gêne, la honte qui sont les siennes du fait de ce corps trop enrobé et pataud qui est le sien. Mais si Linda est envoyée en consultation au motif de son obésité, résistante aux traitements proposés, c'est qu'il y a bien d'autres souffrances en elle que celles liées à son obésité¹ comme son médecin l'a d'ailleurs bien perçu, d'où l'indication de consultation psychologique. 45 minutes ont passé. Linda me dit spontanément vouloir revenir parler d'elle, ce dont nous allons justement pouvoir parler en présence de sa mère alors tout juste de retour. Durant notre échange à trois, celle-ci restera très générale, voire évasive mais, se disant soucieuse du bien être de sa fille, elle se montrera a priori réceptive et coopérative face à la demande de sa fille de revenir en consultation avec moi. Rendez-vous (un deuxième) est donc pris pour Linda quelques semaines plus tard. Je l'attends encore... Que dire de cette situation ?

La mère de Linda élève seule ses quatre enfants, dans des conditions socio-économiques relativement modestes ; elle et, par voie de conséquence, la démarche de Linda - se sont donc sans doute trouvées confrontées à une limite financière. C'est en tout cas l'une des raisons manifestes qui, je pense, a conduit à l'avortement de cette démarche à peine celle-ci fut-elle esquissée. Certes la dimension économique est bien une réalité incontournable dans le travail psychologique, mais elle n'est pas seule ici en jeu. En effet, sous cette (potentielle) difficulté d'investissement économique se donne aussi à entendre toute la difficulté maternelle à investir l'intérêt² d'un espace de parole pour Linda ; autrement dit, difficultés d'investissement maternel à soutenir l'intérêt d'un mode d'expression orale autre que celui qui, chez Linda, consiste à se gaver de nourriture dès qu'elle rentre de l'école. Il y aurait sans doute aussi beaucoup à dire sur les propres difficultés psychiques de cette mère, évitante, fuyant la relation et l'échange (avec moi d'une part, avec moi et sa fille, comme son retard, véritable acte-manqué, vient l'exprimer à sa place) et conduisant, pour Linda, à cette faim de non recevoir de sa demande, à cette éviction pour ne pas dire disqualification de sa parole.

Le psychanalyste P. Fédida a écrit, il y a de cela une trentaine d'années (1977), à propos des patients souffrant de perturbations alimentaires (quelle qu'en soit la forme) que l'enjeu du travail psychothérapeutique avec ces patients consiste - j'ajoute : quand cela est possible ! - à passer des mets aux mots, autrement dit il s'agit de traduire par la parole cela même qui se trouve en général mangé, absorbé, avalé, ravalé par ces patients³. En l'occurrence ici ce sont les mots qui sont et

¹ Mais non sans lien d'ailleurs avec la constitution de cette obésité.

² Sans parler même de la nécessité.

³ Ce qui n'est justement pas une mince affaire !

souffrent d'être avalés à travers les conduites alimentaires compulsives et à caractère souvent excessif qui font donc le lit de l'obésité infanto-juvénile comme de celle de l'adulte.

Les mots (M-O-T-S) mais aussi les maux (M-A-U-X) de la douleur psychique voire de la souffrance affective, ou plus simplement les émotions, aussi bien les peines, les chagrins, les haines, la douleur que les angoisses.

Voilà qui nous introduit davantage au thème et titre même de ce colloque « le poids des mots ». Cette expression est parlante mais n'est pas sans présenter simultanément un sens équivoque. Je veux dire par là que cette expression me semble contenir/traduire toute **l'ambivalente dimension des mots, de l'expression et de l'échange langagiers**, en tout cas, en particulier dans le champ qui nous retient ici, celui de l'obésité infantile. Ambivalente dimension, c'est-à-dire ici autant l'attrait que le rejet que peuvent susciter les mots, leur intérêt, leur mobilisation autant que leur limite voire leur mise à distance.

En effet, « le poids des mots », cette formulation peut tout d'abord s'entendre et référer à **l'importance de la communication, à l'impact que les mots - choisis, énoncés -** par le professionnel par exemple sont susceptibles d'avoir sur le sujet, ici l'enfant obèse, sans oublier son entourage, familial en premier lieu. **Impact, on entend alors aussi, en filigrane l'effet massif, fort, voire trop fort et peut-être alors traumatique de ces dits**, de ces mots, en tout cas tant de ceux qui pourraient (ou pourront) être prononcés du côté de l'émetteur que de ceux qui seront entendus du côté du récepteur cette fois.

Le « poids des mots » cela renvoie néanmoins aussi à toute leur justesse, leur finesse si j'ose dire, mais laisse alors entr'apercevoir corrélativement leur possible lourdeur, comme si ces mots avaient donc aussi un aspect indigeste, contrariant en somme. Non pas tant les mots (en) eux-mêmes bien **sûr que ce dont ces mots sont le véhicule, se font le révélateur** - j'y reviendrais plus tard.

Le poids des mots, donc, pour ma part, ce titre je l'ai surtout entendu de ma place de psychologue clinicienne confrontée à de nombreux patients - petits, moyens ou grands - qui, même s'ils viennent consulter « pour parler de leur difficulté, comme on dit couramment » n'en présentent pas moins des difficultés devant cette parole, cette modalité d'expression de soi. En effet, tantôt ils s'avèrent inhibés devant l'usage de la parole et de l'expression orale ; tantôt au contraire (c'est notamment le cas de certains adultes obèses) ils se servent de la parole comme d'un instrument ou lieu de dépôt voire dépotoir ; plus qu'ils n'expriment et ne cherchent à traiter par cette voie (voix) leur vécu (voire leur souffrance), ils crachent, en somme, (avec) des mots, je veux dire par là qu'ils se déchargent ici d'un trop plein ; certes cette attitude n'est pas à déconsidérer, mais force est de constater que la parole est ici évacuatrice et pas forcément élaborative, elle ne permet pas de transformer ce que le sujet porte en lui⁴, ce dont il souffre (peu ou prou) au plan psychique ou affectif ; la parole ou plutôt cet investissement, cet usage (voire mésusage) de la parole n'a pas réellement ici d'effet mutatif ; et l'effet libérateur d'une telle expression, est en général fort bref, donc à renouveler, sans fin/faim...

Parler serait-il donc alors un poids ? Un obstacle plus qu'un remède de l'action (que celle-ci soit éducative, thérapeutique, etc.) ?

Je vais dans la suite de ma contribution essayer de proposer quelques hypothèses ou pistes explicatives susceptibles de répondre à cette interrogation ; en tout cas je vais essayer de montrer comment et **pourquoi parler peut être non pas un réel poids mais en tout cas peut être perçu et vécu comme tel en certaines circonstances**, et ce, tant chez l'enfant obèse lui-même, que dans son entourage familial ainsi que dans l'environnement professionnel amené à intervenir auprès d'eux.

Du côté de l'enfant

Rappelons d'abord que le langage oral n'est pas le fort du petit enfant, a fortiori de l'enfant obèse. Souvent en retrait, plus volontiers passif qu'entrepreneur, et dépendant de son environnement, il tend globalement à absorber le monde plus qu'à agir sur lui et encore moins interagir avec : devant la télé par exemple, seul souvent, il boit les images en même temps qu'il incorpore quelques douceurs alimentaires. **Autrement dit, ce qui caractérise (notamment) l'enfant obèse, c'est l'incorporation**, sur les plans physique comme psychique ; l'enfant obèse stocke, engrange et son enveloppe

⁴ Et dont son corps se fait vraisemblablement le témoin.

charnelle s'en fait d'ailleurs le contenant. Le corps apparaît donc chez cet enfant, en tout cas sous la forme clinique de la surcharge (disgrâce ?) pondérale, comme l'instrument privilégié d'expression de soi et « de monstration » de son être. Mais une expression de soi qui n'en est pas moins aussi paradoxalement camouflage : l'obésité dissimule, cache, met à distance. Elle est protection de soi, du « vrai self » (qui se trouve enfermé, contenu, noyauté au-dedans, au plus profond du sujet) ; elle est aussi protection du sujet (de son self) vis-à-vis de l'autre ; un autre en l'occurrence souvent perçu par l'obèse, enfant ou adulte, comme envahissant, empiétant sur son espace subjectif. Un autre, donc, vécu comme intrusif et par rapport auquel le sujet obèse édifie donc, à l'aide de ce corps enflé, démesuré, une barrière défensive, véritable forteresse à l'assaut de laquelle se lanceront bien souvent les thérapeutes en tous genres, souvent en vain...

Ce qu'il convient d'observer ici c'est cette **préséance du corps chez l'obèse**, et ce précocement donc chez l'enfant qui devient tel. Il y a en effet chez ces patients, **un hyper ou surinvestissement de la corporalité, lequel se fait plus encore au détriment de l'espace psychique et langagier**. Ces patients, comme vous l'avez sans doute observé, traitent par la voie oro-buccale l'ensemble de leur vie psychique et affective ; ils mangent autant quand ils sont bien, joyeux, contents, que lorsqu'ils sont tristes, dépités, énervés et en colère. Autrement dit, **toute leur vie émotionnelle se trouve barrée, rembarée serait-il plus juste de dire, remplacée, évincée ou occultée par les mouvements d'incorporation, alimentaire** en premier lieu. Il s'agit en somme de manger pour ne pas penser, mais aussi pour ne pas sentir, ressentir les affres du désarroi ou du mal être, les affres de la solitude, du vide, de l'absence, de l'agressivité aussi, laquelle se trouve dévoyée/déplacée sur l'objet-aliment, consommé souvent voracement, et une agressivité qui en fin de compte se trouve retournée sur le sujet/sur le corps propre. Une adolescente obèse (c'était l'une des difficultés qui l'avait conduite en thérapie) pris justement conscience en cours de thérapie combien elle mordait dans les aliments ou plutôt, comme elle l'exprimait elle-même, elle avait « besoin de mordre les aliments » et ce, particulièrement quand elle était irritée (contre sa mère en particulier, faisant selon ses dires, la sourde oreille à ses désirs et à ses plaintes). Se sentant in-entendue en somme, ne trouvant devant elle qu'un mur de silence, cette adolescente se trouvait soudain sans voix pour dire plus avant son sentiment, intense, de frustration et de colère en l'occurrence, elle se tournait alors vers l'alimentation, seul refuge, seule présence familière, seul objet aussi susceptible de supporter ses mouvements agressifs.

La question qui se pose plus avant ici est alors de savoir ce qui inconsciemment conduit ces patients à retourner contre eux de telles motions agressives, ce qui les retient (au contraire d'autres qui, même tout petits, vont défléter leur violence sur l'environnement et ses objets). Ce que l'analyse psychologique permet de mettre à jour dans la clinique de l'obésité c'est que, du point de vue psychique, pour le sujet obèse, l'autre n'est pas constitué comme suffisamment fiable, robuste, résistant face à son agressivité orale.

Cela peut paraître curieux voire antagoniste au vu des angoisses d'intrusion précédemment évoquées. Et pourtant cela coexiste co-existe dans la psyché de l'obèse. Coexiste à la fois le sentiment d'être envahi par l'autre, vu comme tout-puissant à son endroit et à celui de son corps en particulier, et la représentation que l'autre serait atteint par les projections agressives du sujet. Il apparaît alors que c'est donc fondamentalement la peur ou plutôt l'angoisse de détruire l'autre en face de soi, à laquelle s'ajoute alors aussi l'angoisse de le perdre, qui amène à cette massive répression des affects et des fantasmes (agressifs) chez le sujet. Répression de la vie psychique au profit dès lors de cette mise en corps (ou « hypercorporéisation », cf. N. Dumet, 1994) qu'est l'obésité.

Ainsi, il apparaît que parler, et ce qui va avec, traduire, laisser transparaître des pensées, des fantasmes, des émotions et des affects, et non des moindres comme l'agressivité, apparaît bel et bien constituer un poids pour le sujet obèse, un poids destructeur, un poids de culpabilité, un poids de souffrance. Mieux vaut alors en somme, du strict point de vue⁵ du sujet, le (sur)poids de l'obésité...

Du côté de l'environnement familial

Qu'en est-il maintenant du côté parental et familial ? S'il y aurait sans doute beaucoup de choses à dire sur les interactions et les avatars de la communication dans l'organisation familiale de l'enfant obèse, il est surtout un élément auquel je m'attacherais ici. A savoir, qu'en miroir de l'enfant et de son fonctionnement, la famille, à commencer par les parents, est souvent elle-même dans l'embarras communicationnel. En effet, on rencontre souvent des familles dans lesquelles l'échange - je veux parler de l'échange affectif bien sûr - est pauvre, rare, rudimentaire, peu familial en tous les cas. Ça

⁵ Du point de vue inconscient, bien sûr.

ne parle pas ou très peu en famille. Peu de place et de temps sont accordés à la rencontre émotionnelle entre l'enfant et les siens, entre les membres de la famille plus largement. Le pédopsychiatre J-L. Le Run (2005) insistait récemment encore sur le manque de présence parentale chez les enfants obèses⁶. En revanche, J-L. Le Run veut mettre l'accent sur la qualité de présence qui fait défaut à l'enfant obèse, c'est un « pas assez d'une présence à l'autre », écrit-il (p. 123), une présence en l'occurrence « qui ne se contente pas de gaver, de gâter, (...) » (p. 124), mais qui est capable de mettre des mots sur les besoins, désirs et ressentis de l'enfant qui peine d'ailleurs à le faire dans son jeune âge.

La question qui se pose ici relative à l'environnement familial de l'enfant, c'est pourquoi si peu de présence, de présence attentive, affective et parlante dans le corps parental ? Là encore plusieurs éléments de réponses possibles, je me contenterai d'en relever un, assez général mais ô combien essentiel, à savoir globalement que parler, s'entrouvrir à l'autre et à l'échange (au partage) de son vécu (ses idées comme ses sentiments), c'est s'exposer, parfois et parfois inévitablement, à la **prise de conscience de la différence** ; différence entre les êtres, lesquels ont beau être tous de la même famille (« porteurs des mêmes gènes », comme me disait une patiente - entendons le double sens du mot « gène/gêne » ici...), mais qui n'en sont pas moins des individus porteurs de désirs, d'idées, d'affects propres et dès lors peu ou prou différents voire antagonistes de ceux des autres, voire du modèle familial et même des traditions familiales. Autrement dit, la prise de conscience des différences individuelles expose aussi au conflit, et **le conflit angoisse ; le conflit s'avère redoutable parce qu'il est souvent, en tous cas dans les familles d'obèses, perçu, vécu comme ce qui sépare les individus entre eux. La séparation ou plutôt les angoisses de séparation apparaissent au final comme l'un des puissants organisateurs du fonctionnement familial de ces familles d'obèses**⁷ dans lesquelles la communication est limitée, arrêtée, voire pathologique et pathogène. En somme, on pourrait décrire la devise de ces familles d'obèse(s) comme « mange et tais-toi » ! ...

S'engager à parler ou réciproquement écouter l'autre parler, c'est donc s'exposer potentiellement ou réellement à la souffrance, et l'évitement de celle-ci est, il faut bien le constater, une stratégie défensive individuelle comme collective des plus banales qui soit avec laquelle il nous faut composer (même si c'est, au final, pour la travailler en thérapie par exemple).

Du côté des professionnels

Compte tenu de ces conditions psychiques tant individuelles que familiales rapportées, on ne s'étonnera pas que les équipes de professionnels (soignants de tous ordres, mais aussi diététiciens, éducateurs, etc.) gravitant autour de l'enfant obèse (et de son milieu) soient elles-mêmes possiblement touchées, affectées peu ou prou dans leur communication. Que dire ? Comment dire ? Quels mots employer ? ... sont quelques unes des questions récurrentes dans la bouche de la plupart des professionnels rencontrés ; elles ne sont toutefois pas spécifiques aux contacts avec les patients obèses, on entend en effet les mêmes interrogations anxieuses face aux patients gravement malades, malades du cancer par exemple. Le risque vital, à des degrés divers chez ces différents patients, obèses ou malades du cancer, serait-il ce dénominateur commun susceptible, chez le professionnel, d'entraver sa communication avec eux ? Je laisse ici cette interrogation ouverte...

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir au patient obèse, tous ces questionnements relatifs aux modalités de communication avec lui - le choix sinon le poids des mots - traduisent bien, d'une part, les préoccupations (toutes maternelles, au sens winnicottien du terme) et le souci qui animent ces professionnels à l'endroit de ces sujets obèses mais traduisent aussi, d'autre part, la retenue à leur égard. **C'est cette retenue qui est ici à interroger** : en effet, de quoi témoigne-t-elle sinon d'une image de fragilité émanant du sujet obèse. Ce qu'on repère alors chez ceux qui s'interrogent (et même si l'interrogation est féconde !) doutent, hésitent dans leur abord verbal du sujet obèse, c'est en somme **la peur d'effracter ces individus** (comme si ceux-ci étaient en sucre, en somme... !), laquelle peur répond très exactement au fantasme prégnant chez les obèses, précédemment signalé, à savoir un fantasme d'intrusion.

⁶ Lequel manque de présence n'est nullement antagoniste avec le caractère envahissant des mères d'enfants obèses évoqué précédemment, et remarqué aussi par ce professionnel.

⁷ Mais également d'anorexiques et plus largement de sujets porteurs de troubles psychosomatiques ; cf. S. Minuchin et al., 1978.

Conclusion

Alors comment faire ? Que dire ? Il n'existe pas de réponse unique ou univoque. Ce qui vaut pour l'un ne vaut pas pour l'autre. La parole, le mot qui vont précisément toucher, mobiliser un sujet, être un déclic pour lui, peuvent en faire fuir un autre, en désarçonner un troisième, et même ne pas être entendu du tout par un quatrième. Alors ?

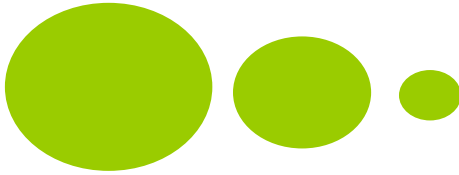
Alors, et ce sera le mot de la fin, **il n'y a que le lien**. Le lien c'est-à-dire la relation, certes professionnelle, mais qui n'en est pas moins une rencontre avec l'autre, autant que faire se peut une rencontre placée sous le signe de l'authentique et de l'empathie. « La parole **et** le lien » (cf. R. Kaës, 1996) : **car la parole n'est rien sans le lien** ; sans le lien, la parole a peu de chance d'être investie, entendue, métabolisée (tout au plus incorporée...) **et le lien intersubjectif** - s'il se construit certes au début de la vie via les échanges, corporels notamment, entre parents et enfants - **se tisse tout au long de l'existence éminemment par... la parole**.

Bibliographie

- Dumet N., 1994, *Hypercorporéisation et subjectivation. Approche psychodynamique de quelques cas d'obésité réactionnelle chez la femme*, Université Lyon2
- Fedida P., 1977, *Corps du vide et espace de séance*, Paris, J-P. Delarge éditeur
- Kaës R., 1996, *La parole et le lien*, Paris, Dunod,
- Le Run J-L., 2005, « Trop de poids, pas assez de quoi ? », in *Enfances psy*, n°27, pp. 119-126
- Minuchin S. et al., 1978, *Psychosomatic families : anorexia nervosa in context*, Cambridge, Harvard University Press

Table ronde

Prise en charge de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Sophie Treppoz – Pédiatre, RÉPOP Grand Lyon

Facteurs favorisant l'échange : NE PAS RATER LE PREMIER CONTACT

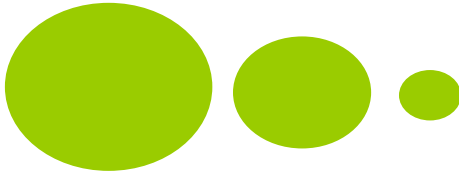
- Qualité de l'accueil
- Qualité de l'écoute : s'adresser à l'enfant et aux parents et selon la demande se recentrer
- Empathie
- Planter le décor de vie : s'intéresser à SA vie
- Demander :
 - * si envie de venir
 - * si gêne
 - * si c'est un problème
 - * si souhaite changer
 - * si se sent responsable
- Expliquer situation de façon objective et simple :
 - * expliquer la courbe
 - * expliquer pourquoi prise de poids excessive : métaphore +++
 - * déculpabiliser
- Si demande confirmée de Prise En Charge :
 - * faire tomber des idées reçues : perdre des kg, faire un bilan c'est-à-dire une prise de sang, faire un régime...
 - * expliquer objectif
 - * expliquer moyens d'atteindre objectifs et les faire CHOISIR
- Pour l'examen clinique :
 - * savoir reporter
 - * demander si présence parents souhaitée ou non
 - * demander ce qu'il ou elle veut garder comme vêtements
- En fin de consultation demander :
 - * si il y a des questions
 - * ce que l'enfant a retenu des explications et conseils

Facteurs limitant le dialogue :

- utilisation d'un langage médical technique et/ou angoissant : obésité morbide, complications etc...
- ne s'adresser qu'aux parents ou qu'à l'adolescent
- fixer ou imposer des objectifs :
 - * déraisonnables
 - * multiples
- « y'a ka et faut qu'on »...

Table ronde

Prise en charge de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Isabelle Darnis - Diététicienne, RéPOP Grand Lyon

Dans le cadre de ma pratique thérapeutique, je rencontre des familles pour une prise en charge de l'obésité ou liée au surpoids. Il s'agit avant tout de témoigner de mes observations cliniques tant du point de vue de l'enfant que du point de vue du fonctionnement familial.

« Le poids des mots » est le titre du colloque qui nous réunit aujourd'hui et c'est à ce titre que je me suis interrogée sur l'importance des mots dans la relation au patient. J'ai tenté ici, de montrer l'importance d'une mise en lien entre le thérapeute, la famille et le patient. Sorte de triangulation habituellement établie au niveau familiale, triangulation parfois quasi inexistante, voir impossible. Peut-être d'une mise en lien du patient avec lui-même ?

En préalable, on peut s'interroger sur ce que sont la parole et ce lien établis avec l'autre. C'est mettre de la distance, c'est mettre de la différence entre la mère et l'enfant. La parole c'est aussi l'inter-dit, en particulier du père, agent actif de la limite.

En quoi la parole peut nuire au projet ?

- Si l'on admet chez les patients un système de pensée dit opératoire où l'acte de manger vient en lieu et place d'une pensée négative. On admet entre autre que manger vient là où les mots manquent. A ce titre, c'est le patient lui-même qui entrave ses propres processus de pensées.

Permettre au patient de mettre en lien ses émotions et les ressentis de son corps serait peut-être lui permettre de mettre en lumière son fonctionnement vis-à-vis de la nourriture ? Son fonctionnement avec l'autre ?

Mais, la difficulté réside dans le fait de l'aider et de ne pas faire à la place de, par la parole. (La bonne parole attendue, la bonne nourriture, le statut d'expert...).

Or, presque par définition, le patient est en incapacité de mettre en mots. La non parole pourrait ici nuire, en confrontant le patient à un silence mortifère.

Même si l'on ne peut réduire la pathologie obésité à une pathologie de l'oralité, il est tout de même question d'aider le patient à symboliser, à mettre en lien ses différents comportements qui l'amènent à faire souffrir son corps. A exister ainsi. La vigilance serait aussi de prendre en compte les bénéfices secondaires du patient. En ne le faisant pas, on lui fait prendre le risque d'un effondrement...

- On peut aussi évoquer les entraves du point de vue intrafamilial. Les mots sont toxiques lorsqu'il s'agit de stigmatisation faite de reproches, de mépris. Lorsque le quotidien est fait de messages paradoxaux. Lorsque les écarts ou les grignotages sont sanctionnés. Lorsque les parents achètent des gâteaux que l'enfant ne peut manger. Lorsque la maman demande de finir les restes ou fait du chantage affectif.

- Il est inévitable d'entrevoir ici, des troubles passés dans la relation précoce, mère/enfant et dans l'impossibilité de mettre en lien clairement et justement les états émotionnels distincts de la mère et de l'enfant : la mère pensante pour deux, parlant pour deux et à la place de.
- Les croyances comme la fatalité transgénérationnelle qui enferme l'enfant dans des schémas familiaux. Ex : « on a toujours été comme ça dans la famille ». Laisser entendre de fausses croyances; Ex : Lorsque le patient croit que le chocolat fait grossir.
- Du point de vue du professionnel, la communication verbale comme non verbale peut être toxique, lorsque le thérapeute est blessant, lorsqu'il a des exigences et des objectifs douteux, des préjugés.

Il est alors question pour nous, d'écouter d'abord, d'entendre les conflits sous-jacents, de réajuster LES MOTS, les croyances et les messages paradoxaux. Le projet pourrait alors être d'abord une prise de conscience du symptôme, puis l'acceptation du symptôme. Aider ainsi le patient à sortir de ce cercle vicieux...

Qu'est-ce qui peut aider / favoriser le dialogue, le projet ?

- L'accueil et le temps accordé à l'écoute en particulier de l'enfant ou de l'adolescent.
- L'empathie et l'accueil de la difficulté. Créer une alliance et une bienveillance vis-à-vis de l'enfant.
- Une personne qui étouffe ses émotions et qui serait en difficulté à mettre en mot, donc à élaborer pourrait être aidé en requalifiant ses émotions, les ressentis du corps. (Faim/satiété notamment, avoir faim et envie de manger, émotions confondues avec la faim)
- Questionner les comportements
Laisser l'enfant ou la famille trouver ses propres solutions.
- C'est savoir souligner l'injustice de la situation ou le fait que l'enfant ou l'adolescent ne peut faire autrement à ce jour.
- S'autoriser auprès de la mère d'un lien possible avec l'enfant, sans se substituer aux deux rôles parentaux. Mettre du dialogue là où il est rompu. La parole c'est aussi le tiers, qui souvent fait défaut (absence du père). La parole, les mots servent alors de passerelle et peuvent faire écho aux propos de la maman ou venir poser les limites du père.
- Anticiper les difficultés
Evoquer la possibilité des échecs éventuels
Utiliser les encouragements, mettre l'accent sur les réussites
Renforcer l'estime de soi
- Informer, reformuler
Reformuler les propos du patient
S'assurer que l'enfant a bien compris.
Projet concerté et commun, Objectifs consentis
- Utiliser à chaque étape un dialogue différent
Prise en compte de la temporalité du suivi

Conclusion

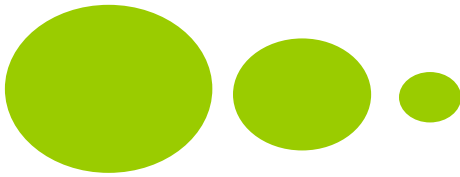
La parole nous échappe aussi,
Que retient le patient ? Qui peut le dire ?
Qu'entend-t-il de nos propos ?
Peut-t-il se saisir des mots ? Des idées ?
Ou en est-t-il de son cheminement ?

L'éducation thérapeutique des pathologies chroniques pourrait être une réponse. Ce pourrait être un projet autour de l'estime de soi et d'une prise de conscience pour le patient de là où il en est dans son cheminement du moment.

C'est aussi, un équilibre familiale à trouver : inscrire chaque membre dans le système familial : la place de l'enfant, de la mère et du père. La parole doit être pour l'enfant contenante et rassurante. La parole doit savoir aussi poser des limites. (Le cadre en lieu et place symbolique des deux parents père et mère). Accompagner l'enfant c'est aussi lui permettre une autonomie de pensées.

Table ronde

Prise en charge de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Delphine Sauvageon - Professeur en activité physique adaptée, CMUD Grenoble

En tant qu'intervenant en activité physique, notre approche des adolescents en situation d'obésité, entraîne une nécessaire mise en avant de leur corps. Les difficultés de perception et d'acceptation des modifications corporelles font partie intégrante de la problématique adolescente et celles ci sont majorées dans le cas des jeunes obèses. Ils éprouvent de réelles difficultés à évoquer leur corps et se dérobent facilement aux discours tournant autour du sujet.

Notre objectif principal est alors de leur permettre de retrouver une estime d'eux mêmes en valorisant leur corps et leurs performances. Plusieurs problèmes se posent alors :

Parler de leur ressenti corporel afin de commencer le travail de là où ils en sont. Il n'est en effet par rare de les entendre évoquer leur position difficile dans les cours de gymnastique de leur collège ou lycée, ainsi que les réflexions désobligeantes sur leurs possibilités physiques. Pourtant tous les jeunes obèses ne sont pas des enfants inactifs, mais le regard qu'ils portent sur eux est toujours négatif. Nous devons donc d'abord reposer le cadre du centre ; à savoir que nous ne sommes pas dans des objectifs de performance mais de santé, que nous individualisons le travail en fonction des possibilités de chacun et de leur progression au jour le jour. Ce discours est important pour marquer la rupture entre leur conception de l'activité physique et ce qui leur est proposé au centre. Cela leur permet d'avoir un rapport de confiance et d'aborder le séjour de manière plus sereine.

Nous positionner en tant que professionnel. Nous ne sommes pas des professeurs d'éducation physique. Les groupes sont plus petits, le rapport plus proche (les jeunes nous tutoient) ce qui entraîne parfois des dérives comportementales ou verbales. Il faut s'imposer en tant qu'intervenant tout en ne coupant pas l'espace de discussion possible.

Entendre leurs demandes et y répondre au mieux tout en parvenant à poser nos propres exigences. La pratique physique est imposée dans le programme suivi par les jeunes au sein du centre, et comme tous les adolescents, ils cherchent souvent à se dégager de leurs obligations. Il convient de laisser de la place pour les compromis en écoutant les envies de chacun et en expliquant clairement le pourquoi de nos approches. Des éléments peuvent être négociables (comme par exemple le choix de activités) d'autres non (le nombre d'activité par semaine). En évitant d'imposer sans discussion nous permettons un travail dans l'échange plus que dans le conflit.

Créer une émulation autour des activités afin de stimuler les envies. La motivation est l'élément essentiel du travail mais aussi le plus difficile à éveiller. Nous nous retrouvons régulièrement face à des comportements contradictoires : les jeunes ont compris l'importance de devoir se mobiliser mais ont toujours de bonnes raisons pour éviter l'effort (ce qui est souvent propre à beaucoup d'adolescent). La difficulté réside dans le fait de parvenir à les motiver sans les braquer et à leur donner l'envie de se dépasser, de se prouver leurs capacités. Donner envie c'est d'abord proposer du choix et positiver les résultats de leurs efforts, leur montrer le plaisir que l'on peut ressentir en améliorant sa condition physique globale (monter un escalier facilement par exemple). C'est une sollicitation et des efforts de tous les jours et probablement le secteur dans lequel le discours est le plus difficile.

Faire passer le message sur la nécessité d'une pratique physique régulière par un discours non moralisateur. Les jeunes savent que leur hospitalisation est due à leur poids, ils en connaissent les risques physiologiques et en souffrent. Notre rôle est de leur faire comprendre les bienfaits de

l'activité physique, ce qu'ils peuvent gagner à augmenter les dépenses énergétiques, à prendre du plaisir dans le mouvement... Ceci doit se faire par un discours adapté à chacun sans « tu dois », « il faut ». Ils n'intégreront pas tous cette notion à la même vitesse, selon le vécu de chacun. C'est un discours qui se doit éducatif et non moralisateur.

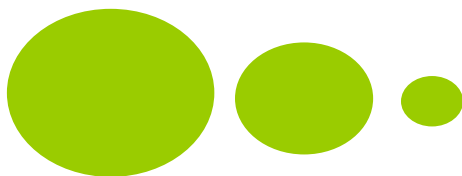
Leur permettre de se recentrer sur leur problématique sans se comparer ou se focaliser sur celle des autres. Les jeunes obèses ont une tendance à se perdre dans les problèmes de autres. Notre discours doit leur faire comprendre que chaque personne et chaque histoire est unique. Ils sont chacun « un » dans le groupe. Nous devons veiller à ne pas évoquer les « performance » de l'autre au risque de reproduire la notion de comparaison si forte qu'ils ont si souvent ressenti.

Les séances d'activité physique sont un espace de discussion non négligeable. Notre position d'intervenant sans blouse blanche et les rapports « physique » que nous avons avec eux nous permet une sorte de complicité propice aux discussions. Notre rôle est avant tout de les aider à positiver leur image, à transformer leur conception du « sport torture » au « sport plaisir ». L'activité physique est la première resocialisation, nous les aidons à préparer la sortie du cocon qu'est le Centre vers cet extérieur qu'ils perçoivent si agressif.

Le corps est le premier espace de communication avec l'autre, accepter de le valoriser c'est se redonner une place dans un groupe.

Table ronde

Prise en charge de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Maryline Brun - Diététicienne, Centre médical et scolaire de la MGEN

Préambule

Présentation de la prise en charge des enfants et adolescents obèses au Centre Médical et Scolaire MGEN de Chanay

Les indications du séjour : **Une mise à distance pour**

- Mieux se connaître, adapter ses comportements, et enfin s'apprécier à nouveau
- Recréer le lien avec la famille et/ou l'entourage scolaire, lien qui est souvent mis à mal par les conséquences de l'obésité (isolement, repli sur soi, agressivité, mésestime de soi jusqu'à l'absentéisme scolaire)

Importance de la **Visite de Pré Admission [VPA]** pour entendre les attentes de chacun, enfant et famille et expliquer la prise en charge dans l'établissement. Contractualisation du séjour pour une durée de trois mois environ, dont un mois d'essai.

Le projet pour l'enfant : passer de la " pensée magique " - " ils vont me faire maigrir et tout ira mieux " à une mobilisation de ses actes et attitudes vers un changement durable.
(Importance du travail en pluridisciplinarité).

Le projet pour l'entourage : passer de l'alternance " j'ai besoin d'aide " (+/- je ne suis pas compétent / quelles leçons veulent-ils me donner) à une reprise de confiance en leur propre capacité de parents-soutien.

Importance soin apporté à la qualité de la relation " parents-soignants ", groupe de parents d'obèses avec une diététicienne 2 fois/mois.

Les freins

- **Pour le patient**

- * absence de motivation personnelle à la prise en charge
- * séjour vécu comme une punition, un rejet de sa famille du fait de son obésité
- * dépression existante ou intercurrente au séjour soit de par la perte de poids soit à cause de la séparation mal vécue
- * sentiment de perdre ses " forces " en maigrissant, sa carapace, d'être de plus en plus fragile
- * peur de ne plus " ressembler à " ou " être comme "
- * déception par rapport à la perte de poids attendue, aux bénéfices mal perçus dans l'immédiat
- * troubles du comportement alimentaire associés

- **Pour la famille**

- * se reposer en tout sur l'enfant lui-même (" il va m'aider quand il aura tout appris ") ou sur les professionnels, désinvestissement pour diverses raisons
- * parents en opposition sur la nécessité du séjour
- * parents en conflit avec les professionnels
- * pas ou très peu de moyens financiers
- * parents eux-mêmes atteints de Troubles du Comportement Alimentaire [TCA]

- **Pour le patient**

- * travail permanent d'écoute et d'observation de la VPA à la fin du séjour
- * travail sur les comportements alimentaires, les sensations de faim et de rassasiement
- * explications sur la prise en charge du début à la fin du séjour... tout n'est pas toujours compris de suite, travail d'évaluation sur ce que chacun retient, les interprétations, les fausses pistes...
- * travail sur les retours à domicile (permissions, essais de sorties, entre deux séjours)
- * soutien au long cours avec prises en charge multiples suivant les indications en groupes (groupes de paroles diététicienne/psychologue, groupes de travail corporel éducateur/psychomotricienne ou psychologue/psychomotricienne) ou en individuel (suivi psychologique ou psychomoteur)

- **Pour les familles**

- * groupes de parents sans les enfants deux fois par mois, animés par une diététicienne ; questionnement sur le " comment je vis, comment je mange ", réponses aux questions sur l'alimentation, écoute et soutien souvent d'un ou plusieurs parent(s) en difficulté.
- * travail en lien avec les acteurs sociaux (éducateurs, assistance sociale) voire directement avec les personnels d'association caritatives.
- * travail de tiers dans la relation parents-enfants pour renouer le dialogue, rétablir la confiance.

Conclusion

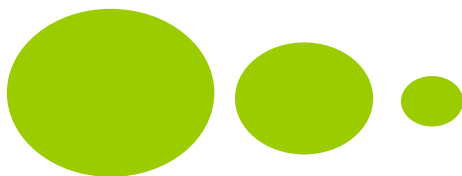
Au final, les objectifs au long cours restent la prise d'autonomie des enfants avec le soutien des familles, assurer un mieux-être même sans perte de poids.

Les liens avec les prescripteurs, les réseaux sont encore à formaliser, le travail est long et périlleux.

Les écueils : en faire trop, sans prendre en compte les sujets, les réactions aux messages santé « à tout va » pouvant aller du rejet au développement de troubles du comportement alimentaire sur des personnes qui n'ont pas toujours appris à exprimer leur ressenti avec des mots.

Table ronde

Prise en charge de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Valérie Binder-Angeletti et Françoise Molegnana- Membres de l'association ALOBE

Les parents, des alliés à considérer

Les familles sont assez présentes dans les discours communiqués ce matin. Cette présence entendue permet de penser qu'un lien tente de s'établir entre les parents et les thérapeutes pour lutter plus efficacement contre l'obésité des enfants et des adolescents.

Mère et représentante de l'association Alobe dont la mission est précisément d'informer et d'accompagner les familles et leurs enfants dans cette aventure quotidienne, je suis particulièrement heureuse de pouvoir témoigner en ma qualité de « maman ». Précisons que les papas sont aussi très présents dans l'association et interviennent aussi dans le cadre de nombreuses actions d'information. Mon intervention se centrera sur la nécessité de considérer les parents et plus globalement la famille élargie à la fratrie, comme des acteurs aux cotés de l'enfant ou de l'adolescent obèse.

Mais comment favoriser cette posture de la famille ?

Etre aux côtés c'est prendre conscience de sa situation et permettre une distance sur cet événement douloureux. Il est alors indispensable de favoriser la compréhension de la famille et du petit et jeune patient sur ce qu'ils souhaiteraient profondément fuir, écarter de leur quotidien. Or précisément, j'ai l'intime conviction que gagner contre l'obésité passe par un regard franc et direct posé sur cette pathologie. Encore des mots me direz-vous ? Mais ces mots, un jour se sont éclaircis, posés même si nous combattons encore aujourd'hui et que la route s'annonce longue. Mais pas à pas, le chemin s'ouvre...

Un des premiers pas difficile mais qui nous a permis d'avancer a été l'annonce du diagnostic. Cet instant, où ma fille et moi, suspendues au mot lâché : « obésité », nous aurions souhaité partir, fuir, ne pas voir...

A ce premier pas, un second s'emboîte et donne le rythme saccadé de ce que sera la marche longue, sinueuse, fastidieuse vers une « normalité » affichée, dont on ne perçoit pas les contours. Ce deuxième pas est la lecture de la courbe de poids qui met froidement en perspective, la chronologie des « rebonds » et des événements familiaux associés. A cet instant précis, je n'entends plus le pédiatre mais réalise seule avec moi, ce que je ressens être sinon les causes, les événements familiaux qui ont contribué à la prise de poids excessive de ma fille. La culpabilité m'envahit, m'inonde, me gèle dans mes pensées et dans ma capacité à agir. Ma fille le ressent assurément. J'aurais eu besoin dans ces instants d'une écoute bienveillante, déculpabilisante pour m'aider à dédramatiser et à me positionner sur le chemin de la compréhension.

L'accompagnement de ces premiers pas est nécessaire pour accepter, et prendre, chemin faisant, de la distance pour agir le plus efficacement possible aux cotés et non face à l'enfant et à l'adolescent.

Parfois on m'oppose face à cette demande, à cette attente de responsabilisation des parents, ma singularité, ma situation atypique. Qui sommes-nous pour ne pas considérer l'autre comme responsable notamment lorsqu'il s'agit de son enfant ?

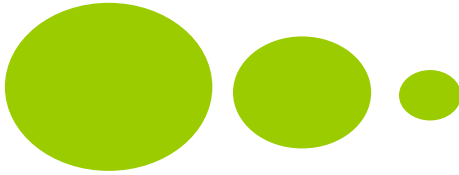
Les routes sont différentes pour chacun d'entre nous. Le rythme de la marche est alors calé à ses habitudes, ses traditions, son passé, sa souffrance mais je sais que tout parent peut être un acteur actif si on le regarde comme tel et si une relation de confiance s'installe.

Accompagner ces deux premiers pas : l'annonce du diagnostic et la lecture de la courbe de poids est déterminant pour favoriser une posture ouverte, compréhensive et active du parent. Encourager la compréhension de sa situation permettra une prise en charge plus autonome et plus concernée.

Je souhaiterais terminer mon intervention en vous rappelant que si nous, parents, nous nous sommes constitués en association, c'est que nous sommes convaincus que nous pouvons travailler étroitement à cette question de l'accompagnement des familles avec vous, professionnels de l'obésité pédiatrique. Vous pouvez nous solliciter pour que nous échangions sur notre expérience, nos émotions distancées, nos pratiques au quotidien. Nous vous apportons un terrain de vécu, des tranches de vie,... En échange, nous souhaiterions croiser avec vous, nos regards portés sur l'obésité infantile pour construire ensemble une prise en charge adaptée et efficace pour chacun d'entre nous.

Table ronde

Prise en charge de l'obésité : quels freins et leviers dans les relations parents, enfants et professionnels ?



Alain Moreau - Professeur associé de médecine générale Département de médecine générale de l'Université Claude Bernard Lyon1 APSNI (28/11/06)

Le rôle du médecin de soins primaires dans l'obésité de l'enfance

Le titre du colloque (Le poids des mots : comment communiquer pour prévenir et prendre en charge l'obésité de l'enfant ?) invite à donner du poids aux mots de l'enfant pour limiter le poids des maux liés à l'obésité de l'enfance. L'importance de la communication et de la relation thérapeutique ne fait aucun doute dans la prise en charge globale de cette problématique. Deux questions se posent au médecin de soins primaires généraliste ou pédiatre. Quels objectifs se fixer pour une meilleure prise en charge ? Quels sont les difficultés rencontrées et les freins à cette prise en charge ?

Le médecin a 5 objectifs de prise en charge : Repérer – Comprendre – Expliquer - Aider, soutenir - Assurer le suivi.

1/ Repérer

Le médecin a d'abord son rôle de repérage facilité par les courbes de corpulence fournis dans le cadre de la campagne du PNNS. Des réglettes manuelles ou le logiciel informatique peuvent très rapidement calculer l'IMC à partir du rituel de la pesée et de la mesure de la taille en consultation de premier recours. L'examen clinique permet de découvrir les répercussions éventuelles sur le plan somatique.

2/ Comprendre

Toute la dimension biopsychosociale de l'obésité devra être explorée par une approche globale centrée sur l'enfant et sa famille. Le médecin s'adaptera au stade de maturité de l'enfant. Avant 5-6 ans le rôle de « porte parole » du parent est très important. Son ressenti dans tous les cas doit pouvoir s'exprimer. Le questionnement ouvert permet de laisser parler et favorise l'écoute attentive : « Qu'est ce que vous en pensez ? Comment ça se passe sur le plan alimentaire à la maison ? Depuis quand a commencé cette obésité ? Quels ont été les événements de vie associés à ce problème ? ». Les antécédents d'obésité familiale et la resituer dans l'histoire de la famille font parties des informations à connaître. Faire décrire le contexte, les habitudes alimentaires, le rythme de vie, l'importance de la consommation de télé, d'ordinateur, de jeux vidéos permet de se faire une idée du contexte de vie. S'adresser directement à l'enfant comme une personne permet dès le départ une alliance thérapeutique : « Qu'est ce que tu penses de ce poids ? Comment tu le vis ? Quelles sont les réactions de copains ? Qu'est ce que tu aimes bien manger ? Qu'est ce que tu prends au petit déjeuner ? Qu'est ce que tu aimes faire dans la journée (à l'école ou en dehors de l'école, loisirs ? sédentarité ?) ».

On pourra compléter par des questions plus fermées pour préciser si besoin les gênes, les moqueries des autres, l'importance du grignotage, des consommations sucrées ou de graisses animales...

3/ Expliquer

Le rôle du médecin est d'apporter une information claire, compréhensible sur le pourquoi de l'obésité, les inconvénients et les objectifs de la prise en charge. Il pourra conseiller sur le plan diététique à partir du repérage des grosses erreurs diététiques. La sédentarité de l'enfant permettra de proposer des activités physiques ludiques.

4/ Aider, soutenir

Le repérage de la motivation de l'enfant (et de la famille) est essentiel pour le médecin. Il faudra le plus souvent renforcer cette motivation par une attitude empathique. L'implication du médecin est une composante importante de l'efficacité thérapeutique. Il devra être convaincu et convaincant. Positiver, encourager et valoriser les moindres changements de même que réassurer le patient, donner confiance plutôt que faire peur font parti des attitudes médicales recommandées.

5/ Assurer le suivi

Se fixer et hiérarchiser des objectifs réalistes, négocier des changements partiels et progressifs permet un projet personnalisé et adapté.

Par un questionnement ouvert, le médecin aborde et évalue les difficultés rencontrées de manière descriptive (qu'est-ce que l'enfant a compris du problème, quelles sont les résistances au changement, les effets indésirables ou les contraintes ressenties... ?).

Les difficultés et les freins à la prise en charge

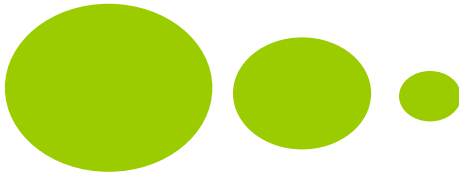
Le manque de temps dans le cadre de la consultation et le manque de rémunération adaptée sont deux obstacles importants. Les jugements de valeur, les attitudes moralisatrices, la relation paternaliste font partie des attitudes non recommandées. Elles sont sources de frustration, de dévalorisation, de conflit, de manque de confiance et d'anxiété. Elles ne favorisent pas une attitude collaborative indispensable au changement de comportement.

La routine de la relation, le découragement et le fatalisme guettent parfois le médecin. Ils alimentent la non motivation et favorisent l'échec. Le médecin devra reconnaître ses limites, accepter les échecs et savoir se remettre en cause. Dans cette situation, il peut se faire aider dans le cadre d'une prise en charge plus spécialisée et multidisciplinaire (diététicienne, éducateur sportif réseau RéPOP...).

Biblio : ANAES. Prise en charge de l'obésité de l'enfant et l'adolescent. Septembre 2003

Synthèse de la table ronde

L'obésité de l'enfant : que dire et comment ?



Claudine Sansonnetti-Perrin - Médecin au CHU de Grenoble

- En proposant pour cette intervention le titre " Que dire et Comment " je me suis rendue compte que je me situais déjà dans l'agir et que mon objectif premier était d'apporter des méthodes, des pistes aux intervenants pour faciliter leur quotidien auprès des enfants obèses.
- **Mais avant de dire ne faut-il pas écouter ?** Entendre la demande de soin et répondre à cette question: " Qui demande quoi ? "
- Quelle demande de la part des parents ? Le plus souvent ils sont en attente de la recherche d'une cause déclenchante, cause qu'ils ont eux-mêmes repérée : divorce, déménagement, naissance d'un puîné. Ils peuvent aussi arriver en situation de crise déposant devant nous un paquet cadeau bien encombrant, au propre et au figuré. Voir au travers de leurs paroles en conflit ouvert autour de ce symptôme difficile à nommer : obésité, vous avez dit obésité ? Surpoids, rondeurs, enrobé... c'est plus doux.
- Quelle demande de l'enfant ou adolescent: qu'on le laisse tranquille ? Qu'on l'écoute, qu'on l'aide, qu'on l'aime ? Quelle est son estime de soi ? Son image corporelle ? Sa motivation ? Sa capacité aux changements de comportement alimentaire ? A se bouger plus ? Avec plaisir ? Au travers de son obésité s'identifie-t-il à un parent ? Est-il en lutte contre son angoisse ? Sa dépression ? Ses peurs ? Son ennui ? Sa colère ? Ses frustrations ?
- Quelle organisation familiale autour d'un symptôme : soudée et combative, conflictuelle, ou utilisant le surpoids comme un code de communication ? Attention dans ce cas il y a danger à modifier les codes préétablis trop brusquement.
- **Alors ne pas oublier de dire en premier que l'obésité est une souffrance**, quel que soit l'âge auquel elle survient. Cela devrait mettre tous les partenaires d'accord !!!
- **Après l'écoute il faut évaluer la motivation de la famille à changer ses habitudes** : motivation des parents à guider, accompagner leur enfant, surtout les plus jeunes, motivation de l'adolescent à s'autonomiser, prendre ses marques et soin de lui. On peut le faire au moyen d'échelle d'évaluation toute simple (de 1 à 4 par exemple) mais le chiffre qui nous est donné est-il conforme à la réalité ? Est-il là pour nous faire plaisir ? Il existe d'autres méthodes telle la roue de Prochaska- Di Clemente qui présente différents stades de motivation auxquels on peut proposer plusieurs actions thérapeutiques.
 - 1/ Stade précomtemplatif : patient dans le déni de son obésité.
 - 2/ Stade contemplatif : je sais que j'ai un problème mais je ne suis pas prêt à agir. J'ai besoin d'aide.
 - 3/ Stade action : j'ai un problème et je suis prêt à agir.
 - 4/ Stade de maintien : du nouveau comportement (alimentaire, activité).
 - 5/ Stade de rechute toujours possible

- Ce n'est qu'à partir du **stade contemplatif** qu'une action thérapeutique peut véritablement s'engager. Le but du jeu consiste à travailler sur le renforcement de la motivation aux changements en luttant contre l'ambivalence du sujet : je sais que j'ai un problème mais je ne suis pas prêt à agir.
- Expliquer l'obésité, prouver sa gravité aux moyens de bilans médicaux, persuader qu'il faut se soigner ne doivent pas précéder la demande d'aide. Le patient n'entendra pas...
Tant qu'il n'y aura pas de **relation de confiance** établie entre patient et soignant il n'y aura pas d'action possible non plus. Il s'agit bien d'écoute.
- Alors **comment dire**, accompagner quand la confiance est établie et la motivation présente? Il faut aider à la prise de décision, donner le choix des moyens, hiérarchiser les changements possibles du plus simple au plus difficile dans un esprit de concertation.
Il faut éviter de se mettre en opposition avec l'enfant, ne pas juger (les parents), ne pas forcer les résistances, laisser le choix (surtout aux adolescents dans leur processus d'individuation), renforcer tout changement même minime, ne pas se focaliser sur le symptôme et toujours garder une attitude empathique et patiente.
- Au cours des entretiens, utiliser des questions ouvertes pour favoriser l'expression, reformuler les idées, inciter à la déclaration motivationnelle, mettre à jour les inquiétudes non avouées (freins aux changements), positiver la prise de décision, les modifications de comportements. Il est important d'utiliser le feed-back en se référant aux précédentes consultations pour garder une continuité dans l'action.
- Ces propositions reprennent les bases des **entretiens motivationnels**.
- Que dire et comment le faire revient à se poser la question du **bien traiter** ? Il nous faut toujours garder en mémoire que l'on ne traite pas une maladie, un comportement, un organe mais un individu en formation, entouré de sa famille, ses amis. Que le bien traiter est avant tout la rencontre entre deux individus et que pour bâtir un projet personnel raisonnable (notamment en matière de poids) il faut s'appuyer sur une compréhension du passé au travers d'une écoute attentive... Alors les mots dans tout cela...

