

Bernard Waysfeld

Le Poids et le Moi

3^e édition

EKHO

Maquette de couverture : Delphine Dupuy
Mise en pages : Nord Compo

© Armand Colin, 2003, 2014
© Dunod, 2020 pour cette nouvelle édition
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

ISBN : 978-2-10-080446-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*À Chloé,
Elsa,
Noëmi*

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont d'abord aux patients, nombreux, que j'ai pu voir et suivre depuis près de trente ans. Leur souffrance m'a permis d'apercevoir les symptômes « gros corps » et « troubles du comportement alimentaire » comme porteurs de sens. Une authentique approche psychosomatique, entre mental et comportemental, a pu naître de ces rencontres et, j'espère, se prolonger dans cet ouvrage.

Ils s'adressent ensuite à l'équipe médicale de l'Hôtel-Dieu, qui, dans les années 1970 et 1980, a véritablement ouvert la voie d'une véritable approche multifactorielle. Si l'initiateur en fut le professeur Henri Bour, c'est avec Bernard Guy-Grand, Michelle Le Barzic et Marianne Pouillon que cette réflexion a pu se poursuivre et s'épanouir.

C'est particulièrement Pierre Aimez que je souhaite ici saluer et remercier de son apport considérable en termes de richesse conceptuelle et d'interdisciplinarité – non dénuée de rigueur. Je lui dois beaucoup.

Dans l'élaboration de ce livre, de nombreux collègues m'ont été précieux par leurs commentaires et leurs critiques constructives. Sans les citer tous, je voudrais évoquer ma chère collègue et amie Anne Laurent-Jaccard, et surtout Henri Saltiel.

PRÉFACE À LA DEUXIÈME ÉDITION

Ce livre a rencontré un certain écho et je m'en réjouis. Qui plus est, les « retours » les plus nombreux ne sont pas venus des médias, des praticiens ou des chercheurs, mais simplement des personnes concernées par les questions de corpulence et de comportement alimentaire. Elles se sont reconnues, ont vibré, ont ri et pleuré en lisant des témoignages qui leur ressemblaient. Elles ont surtout, semble-t-il, beaucoup appris : un grand nombre d'entre elles pensait encore que le corps était modelable, malléable à merci et qu'il suffisait d'un peu de volonté pour y parvenir. Il est vrai que les médias font tout pour le faire croire à grand renfort de tables, d'index, de calories, de densité énergétique ou nutritionnelle, de poids idéal et d'impossible minceur. La loi des nombres a fini par éclipser les réalités individuelles : la norme, le risque n'ont de signification que statistique et l'essentiel de notre vie, de nos désirs et de nos émotions ne se rationalisent pas : le cœur a ses raisons... et seul l'abord de la personne, dans ce qu'elle a d'unique, d'essentiel et même d'inconscient permet d'éclairer, de comprendre et d'aménager les souffrances corporelles.

Les rapports du poids et du moi s'inscrivent dans des réalités complexes qui vont de la génétique à la psychologie individuelle. Du côté de la génétique des progrès ont été accomplis tendant à démontrer qu'il existe une héritabilité des caractères acquis (voir chapitre 4), sorte de

« pseudo-lamarckisme ». Au plan thérapeutique, la prise en compte de la restriction cognitive (voir chapitre 3), sorte d'hyper-contrôle alimentaire auquel se livrent nombre de nos contemporains et une majorité d'obèses ou de sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires, a permis des progrès dans le retour à un comportement alimentaire sinon normal, du moins pacifié, obtenu sans effort dès lors que les signaux de faim et de satiété sont respectés. Ces notions impliquent un travail de rééducation originale. Que mes collègues du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (G.R.O.S)¹ en soient remerciés. Ils ont par leur attitude courageuse et audacieuse permis de grands progrès dans un domaine où tant de vies sont encore sacrifiées sur l'autel de la toute-puissance médicale.

1. www.gros.org

PRÉFACE À LA TROISIÈME ÉDITION

Une nouvelle préface offre l'opportunité de préciser l'évolution des idées et des pratiques depuis la première édition de cet ouvrage.

En premier lieu, notre regard sur *la stigmatisation* des personnes obèses et notamment sur ceux qu'on qualifie d'obèses morbides, au-delà d'un index de masse corporelle (IMC) supérieur à 35 et surtout 40, seuil fatidique – pour plus de clarté, une personne mesurant 1,60 m, homme ou femme, atteindra un index de 40 pour un poids de 102 kg.

Ce regard aurait dû changer avec l'avènement de la chirurgie de l'obésité, réservée certes aux formes sévères, mais qui confirme que *l'obésité constituée devient une maladie* quasi irréversible après quelques années d'évolution.

Revenons rapidement sur l'historique : il y a quelques décennies, quelques grands ténors de la nutrition et de la diabétologie avaient coutume de dire à leurs (trop) nombreux patients : vous reviendrez me voir quand vous aurez perdu 20 kg!

Ainsi, tandis qu'une majorité d'entre eux ne maigrissait pas, les autres grossissaient, nourrissant ainsi leur culpabilité au regard du corps médical et, au-delà, du corps social. Car s'ils ne maigrissaient pas, c'était de leur faute et s'ils regrossissaient, c'est qu'ils n'avaient pas su maintenir le régime d'entretien censé assurer un poids de croisière.

Dans tous les cas de figure, on retrouvait l'itinéraire du « martyr de l'obèse » tel qu'Henri Béraud, que je cite dans le texte, l'avait magistralement décrit (prix Goncourt 1922).

Mais au tournant du *xxi*^e siècle, les choses ont changé, car les chirurgiens sont arrivés en force.

Ce fut d'abord l'anneau gastrique ceinturant l'estomac et censurant littéralement la prise alimentaire en permettant en quelques mois des pertes de 20 à 40 kg ! Mais très vite, des complications multiples sont apparues. Il serait fastidieux et inutile de les citer ici – à l'exception du « syndrome du sirop d'érable », décrit initialement comme son nom l'indique au Canada. Il consiste en l'absorption de sirop d'érable, ou d'autres solutions ou crèmes sucrées (entremets, glaces) capables de combler la faim irrésistible qui survient après 5 à 6 mois de restriction sévère. Il faut signaler que le même phénomène est observé avec un délai plus long, chez nombre de sujets ayant subi une « sleeve ». La sleeve a le vent en poupe car elle consiste « seulement » à couper l'estomac dans sa longueur afin de réaliser un manchon qui va limiter considérablement la prise alimentaire. Là encore pendant 6, 12 et même 18 mois, le sujet va vivre sa lune de miel, si on peut dire. Le fait de supprimer la partie de l'estomac qui secrète une hormone, la ghréline, va en effet tout changer. La personne n'aura plus faim et maigrira d'autant plus facilement que tout apport excessif entraînera régurgitations et vomissements extrêmement désagréables. Mais 30 à 40 pour cent des sujets concernés vivront le retour de la faim et trouveront sur leur route ce syndrome du sirop d'érable et ses nombreuses variantes¹. Elles se confronteront à nouveau à l'échec, échec personnel et échec du chirurgien.

1. À partir du moment où cette hormone, la ghréline, sera à nouveau sécrétée par divers organes qui prendront en somme le relais de sa sécrétion par l'estomac.

D'autres obtiendront un résultat satisfaisant à long terme en particulier avec l'intervention du «by pass», ou court-circuit gastrique qui consiste à relier l'estomac directement à la dernière anse grêle. Cette intervention a le mérite d'associer une diminution de la prise alimentaire, comme la sleeve, à une limitation considérable des capacités d'absorption – avec à terme de meilleurs résultats. Les pertes de poids sont en effet miraculeuses.

En général, les sujets perdent 30 à 40 pour cent de leur poids et plus de 50 pour cent de leur excès de poids. En d'autres termes, ces personnes obèses présentant une surcharge qualifiée de morbide en raison des nombreuses complications qui les guettent retrouvent une corpulence acceptable, guérissent d'un éventuel diabète, soulagent leurs articulations, normalisent leur pression artérielle. Mais certaines difficultés demeurent, d'autres apparaissent.

Au plan individuel, ces super obèses ayant maigri continuent souvent à se voir sinon aussi gros qu'avant mais malgré tout obèses en dépit de leurs transformations corporelles. Cette obésité fantôme, par analogie avec les membres fantômes des amputés, témoigne de l'impossibilité de réajuster son image corporelle, celle-ci étant profondément engrammée dans leur psychisme, surtout chez ceux qui sont gros depuis l'enfance. Mais surtout, les personnes ainsi opérées changent : nombreuses sont celles qui perdent leur bonne humeur, leur jovialité, leur empathie. Le clown est devenu triste. Était-ce sa vraie nature ? Au-delà, il convient d'observer que cette dépressivité, qui va du simple affect dépressif à la dépression vraie, ressemble parfaitement à ce que nous avons tous observé, chez certains sujets, au décours des régimes restrictifs maintenus plus de 6 mois.

Pour autant, tous les sujets concernés par cette chirurgie ne sont pas tristes et nombre d'entre eux compensent un manque d'entrain par la satisfaction d'intégrer un nouveau corps. Ils sont devenus une nouvelle personne si bien qu'au-delà du corps, c'est toute une vie qui se trouve transformée. La réassurance et la satisfaction narcissique sont souvent au rendez-vous. Une majorité d'opérés se sentent enfin normalisés. Cependant, on note souvent quelques précipitations et déconvenues : la femme qui attendait son « *amaigrissement* » pour s'autoriser une « *grossesse* » se précipite sur le premier partenaire venu avant que l'horloge biologique ne sonne. L'homme qui n'avait pas osé avouer que son épouse ne lui convenait plus risque de convoler vers des relations frivoles, au détriment d'une vie de famille apparemment solide. Un autre sombrera dans l'alcoolisme et certains, et surtout certaines, ne pourront plus s'arrêter de maigrir, tombant dans un comportement anorexique, au grand désarroi des médecins et des chirurgiens qui s'interrogeront après coup sur le bien-fondé de l'indication chirurgicale. Pourtant, le patient avait coché toutes les cases. Il était « bon » pour la chirurgie après son parcours du combattant et la Caisse primaire d'assurance maladie avait validé l'acte chirurgical pris en charge par la Sécurité sociale.

Fort heureusement, nous l'avons dit, les statistiques font état de 70 pour cent de bons résultats et malheureusement, nous, médecins, restons dans l'incapacité de prévoir toutes les complications. La statistique n'a pas de valeur de prédiction au niveau individuel. C'est d'autant plus vrai qu'en dépit des recommandations, nombre de sujets ayant subi une chirurgie bariatrique ne sont pas sérieusement suivis. Les médecins les ont pourtant dûment prévenus de la nécessité d'*un suivi à vie*, car ils doivent désormais être

considérés comme porteurs de l'équivalent d'une maladie chronique. La sleeve, le by pass, sont des « maladies » en raison même de leur mécanisme d'action associant restriction et malabsorption et font de l'obèse malheureux mais en bonne santé apparente, un « obèse maigre » heureux de sa nouvelle corpulence, mais éventuellement malade de sa dénutrition assimilable à une maladie chronique !

Naturellement, je m'attarde ici sur les formes qui nous interpellent, nous médecins, dans cette nouvelle approche de l'obésité qui, là encore, risque de nous faire oublier le sujet si on fonctionne comme de nombreux spécialistes d'aujourd'hui : « by pass ou pas by pass ! ».

Ce nouveau pouvoir acquis par la médecine aurait dû retentir sur la stigmatisation des malheureuses personnes obèses en démontrant qu'enfin, elles n'étaient *pas coupables mais victimes*, puisque la chirurgie leur était proposée en désespoir de cause, et pouvait les transformer. Preuve que la médecine était impuissante face aux surcharges ancrées et majeures. On pouvait donc s'attendre à ce que la population générale, largement informée par les médias, puisse aussi ne plus stigmatiser et discriminer les personnes obèses.

Que nenni...!

Mais qu'est-ce au juste que *la stigmatisation* ? C'est un processus de discréditation et d'exclusion qui touche un individu considéré comme anormal ou déviant. Elle évolue en deux temps : dans une première phase, le sujet concerné est triste, affublé par son stigmat. Il est le gros, le maigre, le laid, mais surtout, dans une seconde phase, le sujet se trouve réduit à son stigmat derrière lequel disparaissent toutes les autres caractéristiques et qualités. Ainsi un sujet pourra (se) dire : je ne suis que le gros (la grosse),

le laid, le mal-aimé – oubliant dès lors *qu'il est d'abord une personne* – même s'il est une personne grosse...

Le processus serait le même pour un sujet de petite taille : « je ne suis que le petit, le nabot ».

Ce phénomène *d'intériorisation du stigmaté*, qui finit par envahir la totalité de l'individu, devrait être reconnu en premier lieu par le clinicien face au sujet obèse : il n'est pas un obèse (ou un maigre ou un petit), *il est une personne* et des associations de patients le revendiquent aujourd'hui haut et fort : « *we are people first* » comme cela est apparu nettement au dernier congrès européen d'obésité de Glasgow en mai 2019.

Cette étiquette va dès lors entraîner une série de discriminations sociales.

Rappelons qu'opérer une discrimination, c'est « distinguer, séparer un groupe humain d'un autre en le traitant de plus en plus mal ». C'est créer des frontières discriminantes qui produisent un rejet visant l'exclusion sociale. Cette discrimination peut concerner l'origine sociale, l'ethnie, la religion, le genre, l'intelligence, et un état de santé. La discrimination est punie par l'article 225-1 du Code pénal : constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques, qu'il s'agisse de l'origine, du sexe, de l'apparence, du statut socio-économique, de l'orientation sexuelle...

Sortir de la stigmatisation suppose compréhension et éducation. Or, il apparaît qu'une part importante du corps médical comme de la population générale persiste à nier l'évidence : les obèses sont d'abord des victimes :

- victimes d'inégalités sociales, la prévalence de l'obésité augmentant avec la paupérisation ;
- victimes des stéréotypes dont on les affuble en termes de manque de caractère et de volonté ;

— victimes des modes multiples de restriction qui n'ont fait qu'aggraver leur statut d'obèse en développant des troubles alimentaires.

Comme le citait Hemmingson¹ : si dans une classe de 30 élèves, un ou deux sont en échec, c'est l'élève qu'il faut blâmer. Au-delà de 20 à 30 pour cent d'échecs, c'est sans doute le professeur qui est en cause!

La lutte contre la stigmatisation des obèses ne fait que commencer et passe en premier lieu par le corps médical qui encore aujourd'hui rencontre des difficultés à reconnaître son impuissance face aux personnes présentant des surcharges importantes et anciennes.

Tout un débat s'est également engagé autour de *l'addiction alimentaire*, les obèses sont-ils des «addicts» ou seulement des mangeurs émotionnels? peut-on devenir obèse sans manger trop ou mal?

Curieusement, toute la littérature internationale ne répond pas à ces questions fondamentales. Il est vrai que la majorité des chercheurs sont contraints de se limiter à un temps d'observation court afin d'obtenir davantage de résultats dans un minimum de temps. C'est ainsi qu'ils pourront publier des «data», c'est-à-dire des résultats exploitables statistiquement.

Cependant, les personnes que nous sommes amenés à suivre (qui également nous suivent!) sur des décennies nous indiquent un parcours riche d'enseignement.

En premier lieu, il est rare qu'on ne retrouve pas une faille précoce dans une histoire, faille liée à une séparation, faille dans la construction de l'identité, faille en

1. Hemmingson E., "Stress and obesity : implications for prevention and treatment", *Obesity facts*, 26th Europ. Congress on Obesity, Glasgow, UK, 28 April 2019.

rapport avec la mauvaise qualité des premières relations, celles qui permettent l'individuation. Puis le temps passe. Plus loin, plus tard, à l'occasion de difficultés personnelles, existentielles et bien souvent d'un épisode de la vie psycho-sexuelle, puberté, premières relations, mariage, grossesse, ménopause, le trouble alimentaire survient. Certes favorisé par l'environnement pléthorique de nourriture disponible de notre époque, certes aggravé par les accidents de la vie et surtout la grande solitude des mégapoles. Dès lors, en dehors des dénouements spontanément heureux souvent liés à une rencontre, il n'a pas tendance à guérir spontanément. Comme nous l'avions indiqué dans *La peur de grossir*¹, ils tendent à s'auto-entretenir et à s'auto-aggraver – qu'on se situe d'ailleurs du côté de la pathologie du contrôle, comme chez les anorexiques ou de la perte de contrôle comme chez les compulsifs ou autres boulimiques. Une séparation, un deuil, une angoisse, un stress, un sentiment de dévalorisation, une discrimination injustifiée et c'est le recours à l'aliment-drogue, véritable pansement pour la psyché. Les personnes se vivent souvent comme des toxicomanes, empruntant leur langage : « *je mange comme d'autres boivent, je me suis fait une cuite de chocolat* ». La langue des « addicts » est même internationale puisqu'on parle en anglais de « *workoholics* » (addicts au travail) et de « *chocoholics* » (addicts au chocolat). Ces sujets fonctionnent souvent dans le tout ou rien ou plus exactement dans le « rien ou tout ». Soit ils s'imposent une restriction sévère et contrôlée et tout va bien, soit ils mettent la main dans le pot de confiture, dans le paquet de gâteaux et tout y passe. On assiste ainsi à un processus

1. Waysfeld B., *La peur de grossir, Psycho-nutrition des troubles alimentaires*, Armand Colin, 2013.

fascinant qu'on ne peut comprendre que dans une *perspective psychosomatique*, au sens vrai du terme : une faille initiale, presque toujours méconnue, puis, à l'occasion d'un événement de la vie ou d'un traumatisme personnel, une réaction inconsciente qui s'exprime par un passage à l'acte, permettant de ne pas penser, de ne pas vivre une émotion douloureuse demeurée inconsciente. « Je mange mes émotions, je les bois, je les fume. » Dès lors, le court-circuit évolue par lui-même, à l'insu des causes qui l'ont provoqué. Il devient un réflexe conditionné, le fonctionnel est devenu un symptôme organique. Le système de défense s'est mis en place et c'est lui qu'on cherche à faire disparaître au mépris de ce qui l'a provoqué.

Les sujets ont même le sentiment que c'est l'objet-aliment qui vient à eux. C'est « l'appel du macaron », c'est « la boîte de petits gâteaux » qui les convoque et même en anglais « *I had a fat attack*¹ » sans qu'on sache précisément qui a porté la première attaque, la personne ou l'aliment gras ! (de fait le plus souvent gras et sucré). Il faut noter également que les aliments convoités présentent tous une densité énergétique élevée : au moins 3 à 400 kilocalories pour 100 grammes. Ce qui est le cas du fromage, des gâteaux, des viennoiseries... comme s'il fallait cette charge énergétique pour pacifier le vécu du manque et apaiser les récepteurs impliqués dans les comportements compulsifs et boulimiques.

La psychopharmacologie nous apprend que de nombreux neuromédiateurs sont impliqués dans un tel processus : les endorphines ; les catécholamines ; l'acide gamma-amino-butyrique et la vedette, la sérotonine. Et cette liste n'est pas exhaustive. Au sein des catécholamines,

1. « J'ai eu une attaque de gras. »

c'est particulièrement la dopamine qui retient notre attention. Il apparaît que sa libération pousse à la consommation, comme si elle était l'initiateur du *désir*, et qu'elle continuait à être sécrétée au-delà du passage à l'acte, du moins quand celui-ci est rassérénant, ce qui correspondrait au *plaisir*. Ces termes désir et plaisir, comme «*wanting*» et «*liking*» dans les travaux américains, demeurent malgré tout imprécis et insuffisants mais témoignent bien d'une séquence comportementale dans laquelle ce pourrait être, entre autres, le même neuromédiateur qui serait en cause dans l'initiation et plus tard dans la satisfaction. Rappelons que la dopamine est largement impliquée dans le processus toxicomaniaque et que ce neuromédiateur est même considéré comme le marqueur du groupe des amphétamines. Si la prise ou l'administration d'une substance libère de la dopamine, le risque qu'elle puisse être addictive ou toxicomanogène demeure élevé.

Quand on parle de produits amphétaminiques, les plus anciens s'en souviennent, on parle de ces médicaments anorexigènes largement prescrits dans les années 60, 70 et même 80. Au-delà, ce fut l'Isoméride® (ou fenfluramine) commercialisé dans les années 80 en prétendant ne pas être amphétaminique. Le célèbre laboratoire Servier avait eu l'habileté d'ajouter un atome de fluor au cycle de la molécule, lui conférant des propriétés sédatives. Ainsi, ils pouvaient proclamer : notre produit n'est pas une amphétamine (n'est donc pas une drogue) car il apaise plus qu'il n'excite ! On connaît la suite. Le Médiator, dénoncé par le docteur Irène Frachon, a porté un coup fatal à ce laboratoire qui a feint d'ignorer l'analogie entre Médiator et Isoméride, comme il avait feint d'ignorer l'analogie entre Isoméride et amphétamines. Il semble que le procès engagé touche à sa fin mais la question reste posée : si les

troubles addictifs dont souffrent de nombreux sujets sont liés à un dysfonctionnement de la sécrétion de dopamine, ne s'agit-il pas alors d'une forme de toxicomanie ?

Là encore, vaste débat. Autrefois tout était simple !

Aux termes assez mal définis d'assuétude et d'accoutumance, les psychopharmacologues avaient dès les années 70 substitué les notions de dépendance psychique et physique : la dépendance psychique correspond au manque sans nécessairement les symptômes physiques. La dépendance physique comportant aussi la souffrance du manque à laquelle il faut associer le syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation. Au sein des troubles alimentaires, des malaises généraux, tremblements, sueurs à l'approche de la prise ou en cas de manque démontrent que l'addiction alimentaire confine parfois à un tableau toxicomaniaque.

Cependant, la nouvelle classification des troubles mentaux publiée aux USA en 2013 (DSM-5)¹ a tout simplement supprimé les termes *addiction* et *toxicomanie*. Sans doute ces concepts comportaient-ils trop d'ambiguïté et de confusion ! Et nos amis américains ont trouvé la parade en proposant comme terme général « *troubles liés à une substance* » faisant disparaître non seulement le sujet et la personne concernée mais également l'objet, celui qu'on qualifie habituellement de drogue ! Ainsi toute forme de dépendance va pouvoir s'accommoder de cette classification et de ce diagnostic, associant pêle-mêle les drogues authentiques, le jeu pathologique, la cyberaddiction, la bigothérapie (dépendance à l'activité physique), les achats compulsifs et l'hypersexualité.

1. Pour la version française : *Mini DSM-5, critères diagnostiques*, Elsevier Masson, 2016.

Il est vrai que pour de nombreux psychiatres américains, comme pour les Français, ce n'est plus *la personne* (avec sa structure de personnalité et ses systèmes de défense) qui compte mais les symptômes qu'elle présente.

L'essor des thérapies cognitivo-comportementales va d'ailleurs dans ce sens en prenant en compte des styles de comportement plutôt qu'une approche en profondeur de la personne dans son économie psychique.

Le monde contemporain donne raison, pour l'instant, aux cognitivo-comportementalistes. L'approche du symptôme, de ce qui se voit et s'entend d'emblée, semble mieux adaptée aux « nouvelles économies psychiques », telles qu'elles ont pu être décrites par Charles Melman et Jean-Pierre Lebrun¹. Si en effet « Dieu est mort et si le ciel est vide, nous pouvons jouir sans entraves ». C'est un peu ce que nous avons senti en écrivant déjà, « si Dieu est mort, tout est permis, et si tout est permis, nous sommes perdus... ».

En somme, alors que des techniques de plus en plus élaborées se sont mises en place, chirurgie bariatrique, nouvelles thérapies, combat contre la stigmatisation, aucun progrès net n'est encore apparu pour le plus grand nombre. L'impasse thérapeutique persiste comme seule persiste la prise en charge au cas par cas des personnes en difficultés avec leur image ou leur comportement alimentaire.

C'est un itinéraire individuel qu'il faut continuer à revisiter dans lequel l'hérédité, l'environnement et la psychologie individuelle jouent toujours un rôle majeur en proportions variables.

1. Melman C., *L'homme sans gravité*, entretiens avec J-P. Lebrun, Paris, Denoël, 2002.

Tout se concentre et rejoint en fin de compte la convivialité, comme l'écrivait Ivan Illich¹ en 1973.

Sans doute faudra-t-il réintroduire, à l'instar des tables de la loi, les lois de la table, aujourd'hui largement oubliées, pour terrasser l'épidémie de troubles alimentaires et d'obésité à laquelle nous sommes confrontés.

1 Illich I., *La convivialité*, Paris, Seuil, 1973, «Points», 2014.

«Nul lecteur d'un traité d'astronomie ne s'aviserait d'être déçu ou de se sentir au-dessus de la science quand on lui montre les frontières au-delà desquelles notre connaissance se perd dans le nébuleux. Il en va bien autrement de la psychologie. [...] On semble ne pas [lui] demander un progrès de la connaissance, mais on ne sait quelles autres satisfactions. On lui fait un grief de chaque problème non résolu et de chaque incertitude.»

Sigmund Freud,
Nouvelles conférences sur la psychanalyse
(Avant-propos)

INTRODUCTION

Tant de livres pour maigrir, tant de promesses de succès, et tant d'échecs! Chacun raconte sa méthode magique, originale, où il s'agit toujours, par un moyen détourné et parfois subtil, *de restreindre les calories*. Nous savons aujourd'hui que neuf fois sur dix, ça ne marche pas, du moins pour le long terme. Alors, pourquoi continuer? Connait-on un seul exemple, en médecine ou ailleurs, d'une technique ou d'une méthode qu'on continuerait de proposer alors qu'elle échoue neuf fois sur dix? Sans doute, non. Et pourtant, les médecins continuent de nous inonder de *régimes miracles* et les scientifiques continuent de publier les *résultats des régimes* en insistant sur la meilleure façon d'y adhérer. La moitié de la population occidentale a été, est ou sera *au régime* pour quelques kilos de trop ou pour une surcharge handicapante ou déjà menaçante. Qu'est-ce qui nous arrive? Sommes-nous devenus fous?

Que répondent les spécialistes? Ils sont, en fait, bien désemparés. Longtemps, ils ont cru en leur toute-puissance en matière de poids. Les échecs ne semblaient relever que de la mauvaise volonté des patients, désignés comme coupables de trop manger ou insuffisamment actifs. Les spécialistes n'ont pas vu venir la puissance de feu des travaux, surtout américains, qui confirment, dans un bel ensemble, l'ampleur de l'échec¹.

1. Waysfeld B., 1998.

Ils n'ont pas suffisamment réfléchi à cette notion clef qu'on pourrait énoncer ainsi : ce n'est pas parce qu'une méthode produit des résultats satisfaisants à court terme qu'elle constitue une thérapeutique acceptable pour le long terme. Toute restriction fait maigrir, comme l'aspirine fait tomber la fièvre, même quand il s'agit d'une septicémie. C'est ce qu'on appelle le traitement du symptôme (« traitement symptomatique » dans notre jargon médical). Mais comment aborder les causes ? Pourquoi certains sujets mangent-ils trop ? Que proposer à ceux qui mangent « normalement », voire peu ?

Les spécialistes, comme dans d'autres domaines médicaux, n'ont pas osé parler de leurs doutes, de leurs limites ou de leur impuissance. Il y a près de vingt-cinq ans aujourd'hui, alors qu'à l'issue d'un exposé j'évoquais notre inefficacité relative et le mirage dangereux des régimes, un collègue m'apostropha : « Mais tu es en train de scier la branche sur laquelle tu es perché ! », m'asséna-t-il. Beau perchoir, en effet, et malgré l'effort et le courage de quelques-uns (Bourque¹, Zermati²), que de temps perdu !

À la décharge du corps médical, reconnaissons qu'il ne lui est pas facile, compte tenu de sa formation, de considérer le corps, la matière humaine, comme autre chose qu'une machine thermodynamique. Dès lors, deux conceptions s'imposent et s'opposent : celle, logique, qui ne voit que des sujets qui mangent trop, globalement ou en raison de troubles du comportement alimentaire, l'autre, moins facilement accessible, qui considère que pour des raisons constitutionnelles ou acquises, les rendements énergétiques seraient chez certains particulièrement favorables

1. Bourque D., 1990.

2. Zermati J.-P., 2001.

– l'équivalent, en somme, d'un carburateur bien réglé qui permettrait de faire des économies d'énergie. Dans le cas de la machine humaine, ces économies seraient évidemment stockées sous forme de graisse. Ces deux schémas ne constituent que des modèles théoriques dont la clinique peut se rapprocher ou s'éloigner. Ils peuvent également s'intriquer.

Depuis quelques décennies, les projecteurs ont été si fortement dirigés sur la question des apports alimentaires (rebaptisés « calories ») qu'ils ont fini par masquer aux chercheurs et cliniciens une vérité fondamentale : si nous sommes globalement de plus en plus gros et si on compte de plus en plus d'obèses dans les populations occidentales et dans les pays émergents, ce n'est à l'évidence pas seulement du fait de la consommation alimentaire excessive de quelques boulimiques et autres compulsifs graves. Globalement, nous mangeons de moins en moins et, en près d'un siècle, nous avons certainement réduit nos apports énergétiques d'un tiers (passant de 3 000 à 2 000 kcal par jour en moyenne). Cette réduction progressive suit avec retard la diminution de notre activité physique, que ce soit celle du travailleur de force ou du travailleur manuel reconverti en col bleu ou celle du travail de maison allégé par des robots de plus en plus performants.

La génétique s'est récemment emparée du sujet. Les premiers travaux confirment ce qu'on pouvait prévoir : les obésités purement génétiques sont l'exception. On ne peut constituer une obésité franche ou massive qu'à la condition de posséder une « génétique favorable ». Le gène de l'obésité n'existe pas. Comme pour d'autres maladies métaboliques, l'obésité est multigénique, ce qui revient à dire qu'une majorité d'entre nous se trouve potentiellement prédisposée à ce risque en fonction de notre

environnement : les affamés du Bangladesh ou du Zaïre n'ont pas les moyens de développer une surcharge. En revanche, une majorité de ces malheureux Indiens Pima parqués dans des camps et convenablement nourris, se retrouvent obèses-diabétiques avant l'âge de 40 ans. En fin de compte, *c'est l'aliment qui nourrit la génétique*.

Enfin, il faut encore remarquer que, dans l'ensemble, troubles du comportement alimentaire ou pas, *le gros corps* revêt une signification pour celui qui le supporte. Celle-ci peut être primitive, comme si le sujet avait inconsciemment souhaité cette surcharge, ou secondaire, car ainsi affublé, il faut bien trouver un sens au personnage : mieux vaut, en effet, se moquer de soi-même en anticipant les railleries d'autrui ou adopter, en raison de l'habit de clown qu'on porte, une attitude clownesque. Le déguisement est alors réussi au plus grand désarroi de l'intéressé. Si le gros corps possède souvent cette valeur adaptative, notamment dans la relation aux autres, *les troubles du comportement alimentaire* représentent souvent une manière d'exprimer des sentiments d'amour et de haine, mais de façon déplacée, sans le faire dans la réalité. Manger sur un mode compulsif ou boulimique, c'est finalement une manière de ne pas dire ses sentiments car, sans doute, on ne parle pas la bouche pleine. C'est peut-être l'une des raisons qui expliquent que les affaires sérieuses se traitent à table... L'autre étant alors plus accessible et plus facile à convaincre.

Quand les troubles graves du comportement alimentaire dominant le tableau, il apparaît que la cause première du mal s'enracine souvent dans une relation mère-enfant perturbée, même si d'autres facteurs intercurrents ont servi de révélateur ou de catalyseur. On a décrit plusieurs types de mères pathogènes (voir *infra*, 1^{re} partie, chapitre 6), mais c'est sans doute *quand la mère a manqué*, du fait de son

absence, réelle ou seulement affective (en raison d'un état dépressif de celle-ci par exemple), que les individus – bien souvent des adolescentes – sont le plus affectés. Ces jeunes femmes le disent à leur manière : « J'ai toujours manqué de câlins, de tendresse, *j'ai toujours manqué de bras...* ». Alors, il faut prendre le temps de refaire avec elles le chemin qui n'a pas abouti, sur lequel il n'est pas rare qu'on découvre quelques cailloux égarés qu'un Petit Poucet prudent aura su semer pour nous servir de guide.

Ne vous y trompez pas ! En dépit d'une apparence sereine, structurée et souvent scientifique, ce livre vise d'abord à dénoncer les pièges tendus à ceux qui sont ou qui se trouvent trop gros : « J'ai un problème de poids », disent-ils et ils n'ont pas tort même si cet excès de corps ne représente souvent que la partie émergée de l'iceberg. En réalité, les sujets qui souffrent parlent d'abord de leur corpulence anormale, de leur vécu douloureux, de leur sentiment de non-conformité, du racisme anti-gros, du terrorisme de la minceur, de leur inadaptation sociale, de leur histoire aussi, enfances marquées de séparations, frustrations, de trop d'amour ou de désamour. Ils parlent de leurs *difficultés de vivre* pour les plus jeunes, de *survivre* pour ceux qui sont déjà touchés par les complications. Ils veulent être entendus par un visage bienveillant et non comptabilisés par des machines à compter les calories. Ils ne veulent plus de l'œil de la balance, devenu un véritable fléau. Ils savent qu'en s'occupant seulement du poids, on ne maigrit pas, du moins durablement, car le corps réagit en petit comptable scrupuleux qui tient à son bout de gras, parfois durement acquis. C'est, en effet, entre les phases de famine auto-prescrites que le corps se « venge », améliore ses rendements, fabrique son funeste yoyo. Il ne sait pas, le pauvre, que ce qu'on lui inflige, c'est pour son bien !

Il fabrique alors des défenses jusqu'à devenir une forteresse pleine que plus personne ne pourra prendre... Mais, comme le disait l'une de mes patientes qui avait réussi à abandonner ses défenses, «La vie, elle est toujours de l'autre côté du mur que l'on se construit, quel que soit le matériau, kilos ou autres!».