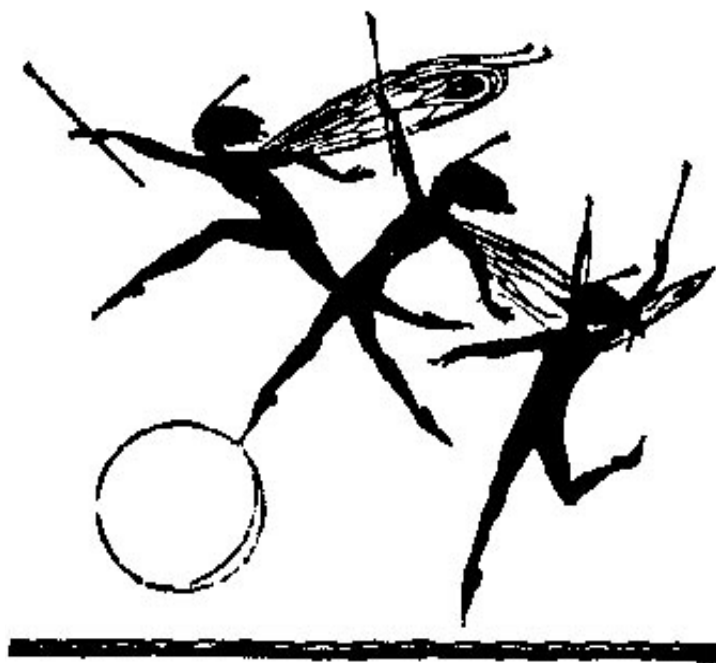


Sixième journée  
**MEDECINE et SANTE de l'ADOLESCENT**

**Poitiers – 27 Novembre 2004**

**Contrôler sa faim,  
contrôler son poids.  
Questions d'adolescence...**



**Actes du colloque**



## Table des matières

<b>L'adolescence ? la nécessité d'approches croisées.....</b>	<b>3</b>
<b>Contrôler sa faim, contrôler son poids, Questions d'Adolescence ? .....</b>	<b>5</b>
<b>POIDS IDEAL, IDEAL DU POIDS. ....</b>	<b>9</b>
<b>Repères somatiques au cours de l'enfance de l'adolescence ; corpulence, surpoids, obésité.....</b>	<b>11</b>
<b>Du surpoids à l'obésité : gêne ou sans gêne.....</b>	<b>23</b>
<b>Je suis trop grosse : je veux faire un régime. Interaction mère-enfant. ....</b>	<b>33</b>
<b>IMAGE DU CORPS ET SOCIETE DE CONSOMMATION.....</b>	<b>37</b>
<b>Observatoire Européen des 5/25 ans.....</b>	<b>39</b>
<b>La dictature de la minceur.....</b>	<b>43</b>
<b>An apple a day keep the doctor away : Prendre en charge l'adolescent en surpoids en le mettant au centre d'un programme de santé publique ? .....</b>	<b>53</b>
<b>UNE FAIM D'ADOLESCENCE : ENVIE, RAGE ET FRUSTRATION....</b>	<b>59</b>
<b>Le déchaînement boulimique.....</b>	<b>61</b>
<b>L'anorexie et la boulimie à l'adolescence : du besoin incontrôlable de l'autre. ....</b>	<b>71</b>
<b>A propos d'une histoire clinique .....</b>	<b>71</b>
<b>Produits de bouche et de substitution : Oralité et sexualité.....</b>	<b>77</b>



*Ce volume a été composé et édité par l'Association F.I.R.E.A  
organisatrice des Journées de Médecine et Santé de l'Adolescent de Poitiers  
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) Poitiers CHL  
Sous la direction de D.MARCELLI*

Réalisation :  
M.CORDEAU, E.GENET, D.RESERBAT-PLANTEY, I.TAVENEAU

Les idées et opinions émises par chaque auteur n'engagent que lui-même.  
**F.I.R.E.A éditeur, Poitiers, Novembre 2004**

## Avant-propos

### L'adolescence ? la nécessité d'approches croisées.

- Comment rêver menus plus exemplaire pour rendre compte de la multidisciplinarité de compétences, nécessaire pour la prise en charge des adolescents sur cette question du poids...
- Le rassemblement d'intervenants de multiples horizons et de participants d'horizons tout aussi multiples est à la mesure de ces questions d'Adolescence. Les organisateurs du DIU de médecine et de santé de l'adolescence nous renvoient une fois encore à cette vérité : l'adolescent nécessite un mélange inter-disciplinaire des genres...
- Mais à chacun son genre : pas question d'en changer pour épouser celui du voisin, pas question non plus de traiter l'autre professionnel « de mauvais genre » : la tâche est immense et il y a à s'impliquer pour chacun dans son rôle.
- Considérons cette question du poids, dans ses déclinaisons de compétence en précisant au passage que la question du poids chez l'adolescent ne se résume pas à l'obèse ou l'anorexique : c'est d'abord un adolescent dont la personne est envahie par des questions de poids, jusqu'à en devenir porteur d'une obésité ou d'une anorexie...
- La prise en compte d'une anomalie de poids chez un adolescent requiert ainsi un abord transversal :
  - sa mesure s'inscrit sur des courbes dont l'interprétation a été transformée par le concept puis les courbes d'index de masse corporelle (Rolland-Cachera, **Santé Publique**). C'est l'**Epidémiologie** qui nous renseigne sur le phénomène « obésité » dans le monde.
  - l'aspect **diététique** de la question avec les diététiciennes mais aussi les professionnels qui s'occupent de **restauration scolaire**.
  - l'étude de l'activité physique (besoins, capacité à rééducation et adaptation) est prise en charge par les **moniteurs de sport** qui sortent



donc du domaine médical mais les **médecins du sport** ou de **rééducation fonctionnelle** ont ici également leur place.

- l'aspect psychologique du trouble, cause ou conséquence : anomalie comportementale, carence ou quête affective, réaction post-traumatique (abus sexuel), sont le champ des « **psy** ».
  - l'aspect environnemental : d'un côté les fast-food, de l'autre les mannequins décharnés; le rôle de nos sociétés de consommation, de **l'industrie alimentaire** et de ses publicités, la place des **médias**.
  - l'aspect diagnostic et en particulier **génétique**, au sens des habitudes alimentaires liées aux origines, au sens aussi de la pathologie liée à une anomalie génétique (Wiedmann-Beckwith, Willi Prader).
  - l'aspect **social** de l'alimentation avec ses impératifs budgétaires
  - l'aspect de la prise en charge clinique qui pourrait commencer par le dépistage par la **santé scolaire**, chez le **médecin généraliste**, chez le **pédiatre**. Une prise en charge de terrain dans la vie de tous les jours pour les professionnels de l'enfance et de l'adolescent, pas nécessairement de santé, surtout pas hospitalo-centriques, la place des maisons à caractère sanitaire dans un objectif de séparation et de réapprentissage nutritionnel et sportif, montre encore la largeur de l'éventail disciplinaire concerné.
  - les problèmes de **recherche** fondamentale : leptine et troubles de l'appétit.
  - même l'aspect **philosophique** et éthique requiert notre attention, on le verra.
- Finalement cet adolescent, de qui a-t-il besoin ? de tous dans une politique cohérente et articulée où chacun a sa place d'où il communique avec celle de l'autre : c'est cette articulation des places que nous voudrions promouvoir et travailler au sein de la toute jeune **Société Française pour la Santé des Adolescents** qui vient de se créer...

B. BOUDAILLIEZ P. DUVERGER P. GRONNIER  
S. LEMERLE D. MARCELLI G. PICHEROT



## Introduction

### **Contrôler sa faim, contrôler son poids, Questions d'Adolescence ?**

Pr D. MARCELLI<sup>1</sup>

Dans nos sociétés, la sédentarité et l'abondance conjuguent leurs effets : le corps prend du poids. Les médecins, nutritionnistes ou de santé publique, la population et les responsables politiques ont pris peu à peu conscience de cette dérive. L'obésité devient l'ennemi à combattre. Dans le même temps les linéaires des grandes surfaces se chargent de produits toujours plus attrayants, plus nombreux, plus faciles à consommer. Cet étalage est relayé par d'intenses campagnes publicitaires promouvant la satisfaction de nos désirs comme droit fondamental de l'être humain : plus rien ne semble justifier la frustration. Toutefois les spots publicitaires utilisent tous des mannequins filiformes, longilignes sur lesquels les calories semblent glisser comme l'eau sur les plumes du canard ! Où passent-elles ces calories? L'image du corps ainsi mise en scène va bien en deçà de la courbe de poids idéale et se situe volontiers dans les marges de l'anorexie. Confronté à de telles contradictions, comment l'adolescent peut-il réagir : doit-il satisfaire ses envies, refuser de se frustrer mais en gardant la ligne, reprendre à son compte l'idéal obsédant de la bonne image... Attentifs à l'image de leur corps comme au discours social, peu préparés à affronter l'insatisfaction, avides d'expériences nouvelles, les adolescents de nos consultations concentrent sur eux-mêmes ces multiples paradoxes dont ils souffrent et dont, surtout, ils font souffrir un corps vite maltraité.

Brutalement, à l'adolescence, le corps fait du « bruit ». Il est au centre de la plupart des conflits de l'adolescent. Rappelons que dans la tranche d'âge 11-20 ans scolarisée, 12, 4 % des garçons et 37, 3 % des filles se disent excessivement préoccupées par leur poids. La transformation morphologique pubertaire, l'irruption de la maturité sexuelle remettent en cause l'image du corps. Ces modifications rendent compte en partie de la fréquence avec laquelle on se réfère au corps lorsqu'on étudie l'adolescence et le paradoxe du corps est d'y être considéré encore comme un objet transitionnel, c'est à dire faisant à la fois partie du moi et du non-moi : « le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante. Il est un point de rencontre entre le dedans et le dehors, en marquant les limites... Le corps est une présence tout à la fois familière et étrangère : il est simultanément quelque chose qui vous appartient et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents... Enfin, le corps est un message adressé aux autres. Il signe généralement les rituels d'appartenance, notamment sous la forme de la mode » (P. Jeammet, 1980).

Désormais, on décrit sous l'appellation « troubles du comportement alimentaire » (TCA) à la fois l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse, mais aussi des conduites alimentaires

---

<sup>1</sup> Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent – Centre Hospitalier Henri Laborit – B.P. 587 – 86021 POITIERS



inhabituelles (restriction alimentaire, crise boulimique isolée, manœuvres de contrôle de poids, souci persistant quant à l'image du corps, etc.) qui, sans répondre à l'ensemble des critères diagnostiques des classifications internationales, apparaissent souvent en lien avec ces pathologies, soit qu'elles en constituent les premiers indices soit qu'elles persistent longtemps après la guérison clinique. On pourrait y ajouter aussi l'obésité et l'hyperphagie. La prévalence semble particulièrement élevée, correspondant aux années d'adolescence (et d'adulte jeune) : entre 15 et 25 ans, dans le sexe féminin, cette prévalence cumulative pour l'ensemble des TCA serait d'environ 8,8 % avec un pic de prévalence ponctuel à 2, 4 % (Victorian Adolescent Health Cohort Study : 853 sujets féminins de 15 à 20 ans, G.C. Patton et coll., 2003), l'anorexie mentale a une prévalence cumulative de 1, 8 % (syndrome partiel) et la boulimie nerveuse de 7, 3 %. Quant à l'obésité, on en vient à parler d'une « épidémie », voire d'une pandémie : aux Etats-Unis plus de 9 % des garçons et 12 % des filles sont obèses...

Sous nos yeux, le « repas de famille » tend à disparaître, livrant l'adolescent à la solitude d'une satisfaction orale à laquelle le convient les publicités télévisuelles... Comment l'adolescent peut-il affronter ces lignes de tension qu'on pourrait regrouper en quatre points principaux :

1) la réactivation de la pulsion orale liée à un point de fixation défensif par rapport à la recrudescence pulsionnelle, en particulier génitale. Cette réactivation s'inscrit dans la perspective de régression temporelle : l'adolescent retourne à des modes de satisfaction déjà éprouvés dans son enfance et vécus comme non menaçants, du moins pour son équilibre psychique interne (la menace est alors déplacée sur la silhouette corporelle) ;

2) le désir d'appropriation et de maîtrise des besoins corporels, désir qui prend place au sein du processus de séparation-individuation. A titre d'exemple les conflits entre l'adolescent et ses parents autour de l'alimentation sont habituels : ces derniers souhaiteraient maintenir l'équilibre alimentaire qu'ils estiment satisfaisant, alors que l'adolescent revendique de s'alimenter selon des critères strictement personnels ;

3) la focalisation autour du « repas familial » des interactions et du conflit entre parents et adolescent. En effet, les adolescents éprouvent fréquemment des affects chargés de colère et/ou d'agressivité à l'égard de ces repas pris en commun. Ces affects peuvent constituer la transformation directe de la curiosité face à la « scène primitive », curiosité teintée de dégoût et d'envie : le repas familial prend une valeur hautement symbolique, les fonctions alimentaires se trouvant « sexualisées ». Il existe un déplacement de la « scène primitive » à la « scène familiale » : en témoignent les fréquentes remarques des adolescents sur la manière de manger de leurs parents, en particulier les remarques des adolescents trouvant que leur père mange « comme un cochon », etc.

4) une « faim d'objet » particulièrement intense qui traduit le besoin de l'adolescent d'incorporer le plus grand nombre d'objets possible pour satisfaire sa quête identificatoire.

Si cette faim conserve souvent un caractère métaphorique, elle peut parfois prendre l'aspect très concret de l'absorption de nourriture. Bien entendu, ce besoin d'absorption de nourriture peut constituer aussi un moyen de remplissage, c'est à dire un moyen de lutte



contre le vide et contre la dépression sous-jacente. Quoi qu'il en soit, cette faim d'objet quand l'adolescent renonce au travail psychique de métaphorisation pour se satisfaire d'une absorption concrète de nourriture risque cependant d'aviver la crainte d'une destruction de l'objet : cette crainte est d'autant plus grande que le besoin d'incorporation est intense. Aussi cette crainte pousse-t-elle l'adolescent à contrôler sévèrement sa faim et à développer des conduites anorexiques plus ou moins sévères, entrecoupées parfois de « crises boulimiques », véritables craquées dans la tentative de maîtrise de l'oralité. Cette alternance : besoin d'incorporation tentative de contrôle explique l'instabilité particulière des conduites alimentaires chez nombre d'adolescents ainsi que l'absence assez fréquente d'un retentissement pondéral flagrant, tant qu'une conduite particulière n'est pas adoptée de façon répétitive.

Confronté à ces multiples contradictions, comment peut-on entendre ces adolescents, les accompagner, que leur proposer ?







# Poids idéal, idéal du poids.

Fonction de son sexe, de son âge, de sa taille, chaque corps présente un poids idéal. Entre plus ou moins deux déviations qu'on appelle standards, ce poids idéal s'étire le long d'une ligne, asymptote d'un équilibre parfait entre masse grasse et masse maigre, entre calories dépensées et calories absorbées, entre nutriments à absorption rapide ou lente, entre glucides, lipides, protides, etc. Le poids idéal est-il le garant d'une bonne santé, à tout le moins d'une absence de surmortalité ? Ne devient-il pas un idéal en soi qui commence à peser sur le psychisme des individus ainsi assignés à une représentation d'eux-mêmes capturées par la médecine... Les corps se font pesant et le poids devient un vrai problème, nous en sommes responsables ! Les adolescents, quêteurs naturels d'idéal, ne sont-ils pas les premières victimes de cette épure asymptotique ?





## Repères somatiques au cours de l'enfance de l'adolescence ; corpulence, surpoids, obésité.

Pr P. RITZ<sup>2</sup>

### Introduction

L'obésité est considérée comme une épidémie dans le monde, dans les pays en voie de développement, mais aussi dans les pays riches. La France n'est pas épargnée. Il y a actuellement plus de 5,3 millions de personnes adultes obèses et 14,4 millions de personnes adultes en surpoids (Obepi 2003, enquête emploi Insee 2002 sur 48 millions de français de 15 ans et plus). La prévalence de l'obésité (le nombre de cas dans la population) est passée de 8,2 % en 1990, 9,6 % en 2000, et 11,3% en 2000. A population constante, cela représente une augmentation de 5 % par an, et de 900.000 personnes supplémentaires. Dans le même temps, la proportion des personnes en surpoids est passée de 36,7 à 41,6 %. Cela donne la mesure du problème de l'excès de poids en France, dans une population adulte. Cela devient un sujet d'inquiétude pour les autorités de santé. Le propos de ce texte est d'introduire les définitions, les repères somatiques de l'obésité et du surpoids, en se focalisant sur le grand enfant et adolescent. Probablement parce que les choses paraissent plus simples, les références à l'adulte sont rappelées.

### 1- Définitions

L'obésité est un excès de masse grasse avec des conséquences négatives pour la santé. Cela suppose une mesure de la masse grasse, ce dont nous sommes incapables en routine. Nous avons donc recours à des estimations.

L'adiposité est le rapport de la masse grasse sur le poids. La masse grasse peut être mesurée avec des techniques plus ou moins sophistiquées (impédancemétrie, pléthysmographie, absorptiométrie bi-photonique, Ritz 1998) assez peu disponibles. Cette mesure, en valeur absolue, devrait pouvoir être comparée à des valeurs de référence, encore moins validées, d'où l'intérêt des indicateurs estimant la masse grasse.

Le paramètre le plus classique des estimations est l'indice de masse corporelle (IMC, ou encore BMI pour les anglophones, encore appelé indice de Quetelet, WHO 1995).

C'est le rapport : **Poids (kg) / taille<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)**

L'OMS a défini les bornes de l'IMC à partir des valeurs associées à la moindre morbidité (essentiellement cardiovasculaire) et la moindre mortalité. Cela vaut pour les caucasiens et les américains du nord. Ces bornes sont très discutées chez les habitants d'Asie et du Pacifique.

---

<sup>2</sup> Service de médecine B – C.H.U. – 49033 ANGERS CEDEX



< 18,5	maigreur
18,5 - 25	normalité
25 - 29,9	surpoids
> 30	obésité

C'est un indice de corpulence, statistiquement corrélé à la quantité de masse grasse. Il reste que l'oeil clinique (maquignon) doit rester vigilant. Les athlètes grands et forts (joueurs de rugby, lanceurs...) sont volontiers avec des IMC > 25 alors que leur masse grasse est modeste en pourcentage de leur poids.

Si cette définition est simple pour l'adulte, elle l'est beaucoup moins chez l'enfant et l'adolescent. Le poids (en valeur absolue) est un mauvais indicateur, qui varie beaucoup en fonction de l'âge, de la taille, voire du sexe. La variation de poids est un meilleur indicateur, quand l'évaluation est faite par rapport aux courbes de Sempé et Pédrón du carnet de santé. Il est aisé de voir sur la figure du carnet santé, si l'enfant est au-delà des courbes. Cela ne suffit pas encore à définir s'il est ou non en surpoids.

Il y a plusieurs définitions du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent. Je ne vous donnerai que les plus utilisées.

La définition de l'OMS fait référence à la distribution des variables (poids, IMC) en percentiles, dans la population. Cela représente la capacité à comparer une valeur casuelle à celles de l'ensemble des enfants ou adolescents de même âge et de même taille. Les valeurs de référence sont disponibles en France; c'est relativement facile pour l'enfant et un peu plus compliqué chez l'adolescent. En effet, la maturation sexuelle affecte la taille et donc l'indice de masse corporelle, et la référence à la distribution pour l'âge devient plus délicate à manier.

Classiquement, l'obésité est définie comme une valeur de poids, mais surtout d'indice de masse corporelle au-delà du 97<sup>e</sup> percentile, c'est-à-dire dans la zone où seuls 3 % de l'ensemble des enfants et adolescents se trouvent, ceux dont les IMC sont les plus élevés. Nous autres cliniciens, ne sommes pas très à l'aise avec ces distributions en percentiles.

La seconde définition est basée sur l'hypothèse que l'enfant ou l'adolescent va continuer de grandir et grossir selon la même dynamique, et va progresser le long de la même courbe d'indice de masse corporelle avec l'âge (Figure 1). Le surpoids sera défini comme une valeur d'indice de masse corporelle au moment des mesures, telles qu'à l'âge adulte (>18 ans) l'indice de masse corporelle serait supérieur à 25 (Figure 1, voire l'exemple ci-dessous). C'est aussi ce que l'on appelle la courbe seuil IOTF-25, de l'International Obesity Task Force de l'OMS. De façon similaire, l'obésité est définie pour des valeurs au-delà d'une courbe aboutissant à un indice de masse corporelle supérieur à 30 à l'âge adulte (IOTF-30). Fort heureusement, les courbes du 97<sup>e</sup> percentile et de IOTF-25 sont presque confondues. (Figure 2).

Un indicateur plus simple peut être l'excès de poids par rapport à un enfant de même taille. Par exemple un enfant de 10 ans, mesurant 1,36m, pesant 45 kg a donc un indice de masse corporelle à 24,3. Selon les normes adultes de l'OMS, cet enfant n'est pas obèse.



Cependant par rapport à un poids de 30,6 kg (médiane pour sa taille) il a un surpoids de 47 %, et il se trouve au-delà du 97<sup>e</sup> percentile. Il a aussi un Z-Score à 5 déviations standard.

La dernière définition utilisée est celle du Z Score (Cole 2000) dont la valeur est :  
[IMC - médiane de l'IMC pour l'âge et le sexe] / déviation standard (de la population de même âge et de même sexe)

Cela est très intéressant en épidémiologie, en particulier pour comparer les populations différentes entre elles. L'intérêt pour un individu est plus limité, à cause de la difficulté du calcul.

## 2- Autres indicateurs

L'examen de la courbe d'indice de masse corporelle au cours de l'enfance montre qu'il augmente jusqu'à 1 à 2 ans, diminue ensuite pour atteindre un nadir et augmente à nouveau à partir de 6 ans environ (figures 1 et 2). Ceci est appelé le rebond pondéral, c'est-à-dire la valeur la plus basse atteinte, à partir de laquelle l'indice de masse corporelle augmente. Plus ce rebond intervient tôt avant 6 ans, plus le risque de surpoids et d'obésité chez l'adolescent est important. C'est donc un critère dynamique facile à recueillir.

En pratique clinique adulte, nous avons l'habitude d'analyser la répartition des graisses en séparant une répartition gynoïde (autour des cuisses et des fesses) et androïde ou abdominale. L'objectif est de sensibiliser au fait que l'obésité abdominale est associée à un excès de graisse intra-péritonéale, et autour des viscères. La lipolyse normale de ces dépôts libère des acides gras dans la circulation porte, vers le foie, et constitue un excès d'afflux d'acides gras au niveau hépatique. C'est le principal mécanisme impliqué dans l'insulino-résistance et ses conséquences métabolique (voir ci-dessous).

Chez l'enfant et l'adolescent cela est évalué par le tour de taille, avec un centimètre de couturière, à mi-distance entre le bord inférieur des côtes et le bord supérieur de l'aile iliaque. La table 1 donne les valeurs de référence. Le rapport taille sur tranche, quand il est supérieur à 0,85 traduit également la répartition androïde des graisses. C'est le quotient du tour de taille (cf. ci-dessus) au périmètre de hanche mesuré au niveau des trochanters.

Un dernier indicateur est le sexe et la maturation sexuelle. Si la composition corporelle (adiposité en%) est similaire entre les garçons et filles avant la puberté, il n'en est plus de même ensuite. La figure 3 montre l'évolution de l'adiposité avec l'âge, et il est clair que la masse grasse augmente chez les filles après la puberté, et de façon beaucoup moindre chez les garçons. Il faut noter également le décalage dans le temps; la puberté survenant plus tôt chez les filles.



### **3- Prévalence et risques chez l'enfant et l'adolescent**

Nous disposons de données sérieuses sur la prévalence et son évolution (Vol et al 1998, Rolland-Cachera et al 2002). Dans le centre et l'ouest de la France, chez l'enfant de 7 à 10 ans, la prévalence de surpoids et d'obésité est passée de 5,1 % en 1980, à 12,5 % en 1996 et 16,3 à 18,1 % en 2000. Non seulement la prévalence augmente, mais nous avons l'impression d'une accélération exponentielle.

Il y a une relation étroite entre surpoids et obésité à l'adolescence et leur maintien à l'âge adulte : 70 et 80 % des adolescents obèses le demeurent à l'âge adulte. C'est un peu moins vrai pour les jeunes filles. La relation est moins étroite quand l'obésité survient plus tôt. Ainsi, si 70 à 80 % des enfants de 10 ans restent obèses, 50 % des enfants de 6 ans sont concernés. Parallèlement, seuls 10 % des jeunes enfants de poids normal deviendront obèses.

L'adolescence apparaît donc comme une période particulièrement critique (vue sous l'angle de l'obésité de l'adulte).

Le risque est familial, ainsi si l'un des parents est obèse le risque est multiplié par 4 pour l'enfant. Il est multiplié par 8 si les deux parents sont obèses (Tournian et Girardet).

### **4- Conséquences somatiques du surpoids de l'obésité**

Les conséquences immédiates en terme de santé ne sont pas négligeables, et physiquement l'enfant et l'adolescent souffrent. Cela s'oppose aux risques à plus long terme, celles de l'obésité de l'adulte, qui ne sont pas détaillées ici.

Au plan orthopédique, l'obésité est fréquemment associée à une exagération du genu valgum, et rarement au tableau d'épiphyse de la tête fémorale par dysplasie du cartilage de conjugaison.

Au plan digestif, les lithiases vésiculaires ne sont pas rares. La stéatose hépatique (infiltration hépatique de triglycérides) n'est pas exceptionnelle et peut évoluer vers la fibrose voire la cirrhose.

L'asthme est plus fréquent avec son équivalent à l'effort et peut participer à l'intolérance à l'effort. La fréquence du syndrome d'apnées du sommeil de l'enfant n'est pas bien connue. Il faut l'évoquer chez un adolescent qui ronfle ou qui reste ou devient énurétique.

Rares sont l'hypertension artérielle, le tableau d'hypertension intracrânienne et la protéinurie strictement liés à l'obésité.

La conséquence la plus fréquente, et la plus grave, qui touche entre un quart et deux tiers des enfants est l'insulino-résistance. C'est une situation où l'insuline est sécrétée en excès, mais le couplage insuline-recepteur fonctionne mal. Cela induit une cascade de signaux intracellulaires, spécifiques d'organe, avec des conséquences métaboliques. Ainsi au niveau hépatique il y a surproduction de glucose nocturne. La glycémie augmente stimulant encore la sécrétion d'insuline. Il y a également défaut du métabolisme hépatique



des lipides, avec surproduction d'apoprotéines B et de VLDL (donc hypertriglycéridémie), genèse de LDL très athérogènes et perturbations du métabolisme des HDL (particules chargées du retour et de l'élimination du cholestérol). Cela concerne 10 % des enfants (quand toutes les anomalies sont associées) et 30% des enfants quand les anomalies sont isolées. Au niveau musculaire, l'insulino-résistance perturbe utilisation satisfaisante du glucose et augmente la glycémie surtout en post-prandial. L'insulino-résistance est la conséquence de l'excès d'acides gras circulants, essentiellement dans la circulation porte, mais aussi dans la circulation générale. Ces acides gras sont libérés par la lipolyse du tissu adipeux en excès. Les conséquences métaboliques de l'insulino-résistance sont l'hyperglycémie qui concerne un peu moins d'un quart des enfants avec cependant une susceptibilité ethnique puisque entre 50 % des amérindiens et des afro-américains sont concernés. Cela peut conduire au diabète. Le syndrome métabolique (association à des degrés divers d'hypertriglycéridémie, hyperglycémie, HTA, d'obésité abdominale, et d'une concentration basse en HDL) est associé à un risque cardiovasculaire très augmenté. L'insulino-résistance peut être responsable de dystrophie ovarienne polykystique et d'acanthosis nigricans, pigmentation noirâtre sur une peau rugueuse et épaissie volontiers aux zones de frottement, dont le cou les aisselles et les plis inguinaux.

Je ne détaillerai pas les conséquences psychologiques.

La relation entre puberté et obésité est complexe et s'il peut apparaître que l'obésité est associée à une puberté survenant plus tôt, en fait ce sont les jeunes filles dans les zones de faible poids qui ont une puberté plus tardive. Cependant, quand la puberté survient tôt, la taille à l'adolescence est moindre, le poids est plus élevé et l'IMC est donc supérieur. Dans ces cas, il y a significativement plus d'adultes obèses.

## **5- Quelques repères thérapeutiques.**

Les objectifs sont dans l'ordre :

1. de prévenir et traiter les complications,
2. d'éviter l'aggravation de l'excès pondéral,
3. et éventuellement de réduire cet excès.

Nous sommes donc loin des stratégies normatives en matière pondérale.

Un élément fondamental est d'aider l'enfant à se prendre en charge lui-même.

Une étape d'évaluation est nécessaire pour bien faire la part entre une obésité génétique et biologiquement déterminée dont l'objectif est de limiter les conséquences, et à l'autre extrémité une obésité secondaire à des troubles du comportement alimentaire, eux-mêmes éventuellement secondaires à des troubles psychologiques. Évidemment, cette distinction est simpliste, mais savoir reconnaître que la biologie peut jouer son rôle dans la genèse du surpoids déculpabilise l'enfant, l'adolescent et même l'adulte.

Le traitement s'envisage à long terme, il faut du temps. Il n'y a pas de miracle (de coup de baguette magique). La base de l'alimentation est celle recommandée pour la population (manuel du Plan National Nutrition Santé adapté à l'enfant : la santé vient en mangeant et en bougeant) et l'augmentation de l'activité physique est recommandée. Il nous faut



considérer qu'un enfant ou un adolescent, c'est aussi un environnement familial voire tribal.

Il y a peu de place pour les traitements médicamenteux et la chirurgie à cet étage.

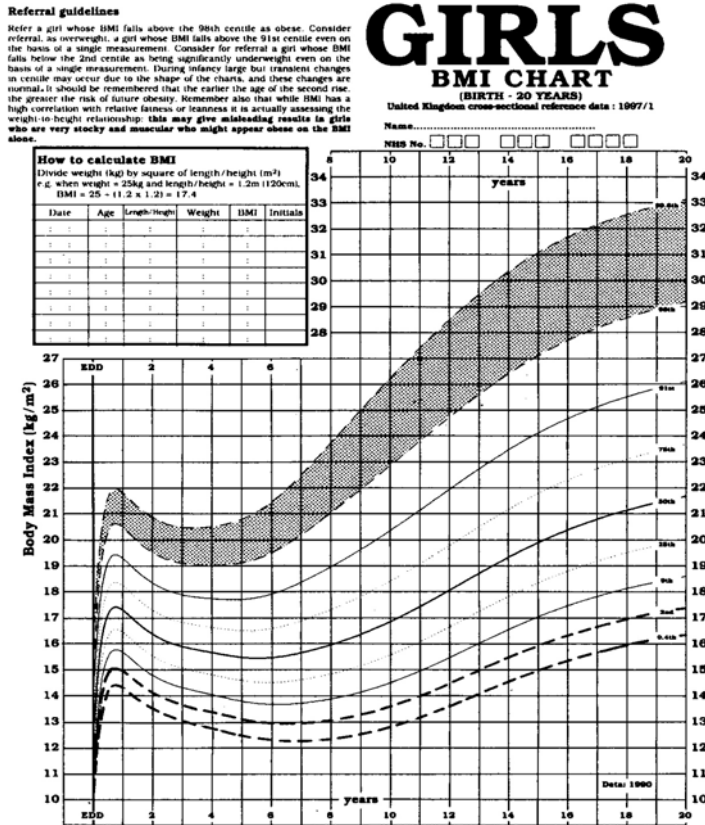
### **Conclusion**

Je souhaitais vous apporter quelques repères somatiques. Ils sont simples : peser, mesurer... regarder une courbe de croissance; entendre que la souffrance physique peut s'exprimer difficilement. Des efforts herculéens sont à développer si nous ne souhaitons pas que l'obésité devienne la norme de la population.



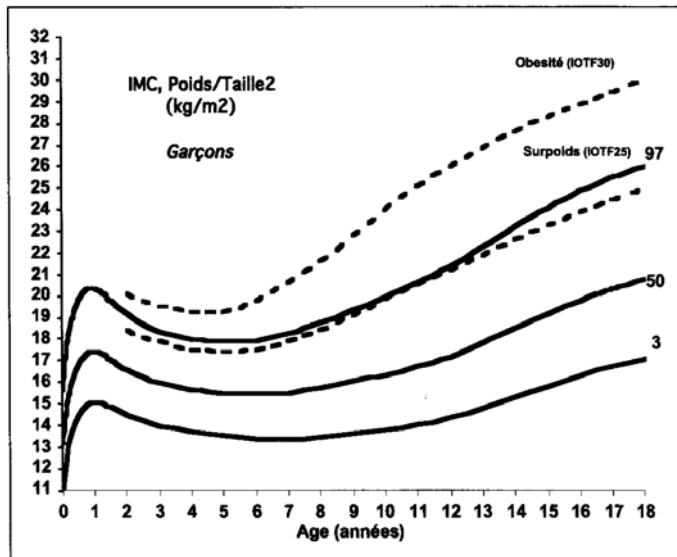


Figure 1. Distribution de l'IMC au cours de l'âge chez les filles. A partir de Obesity Report of British Nutrition Foundation, Blackwell Science



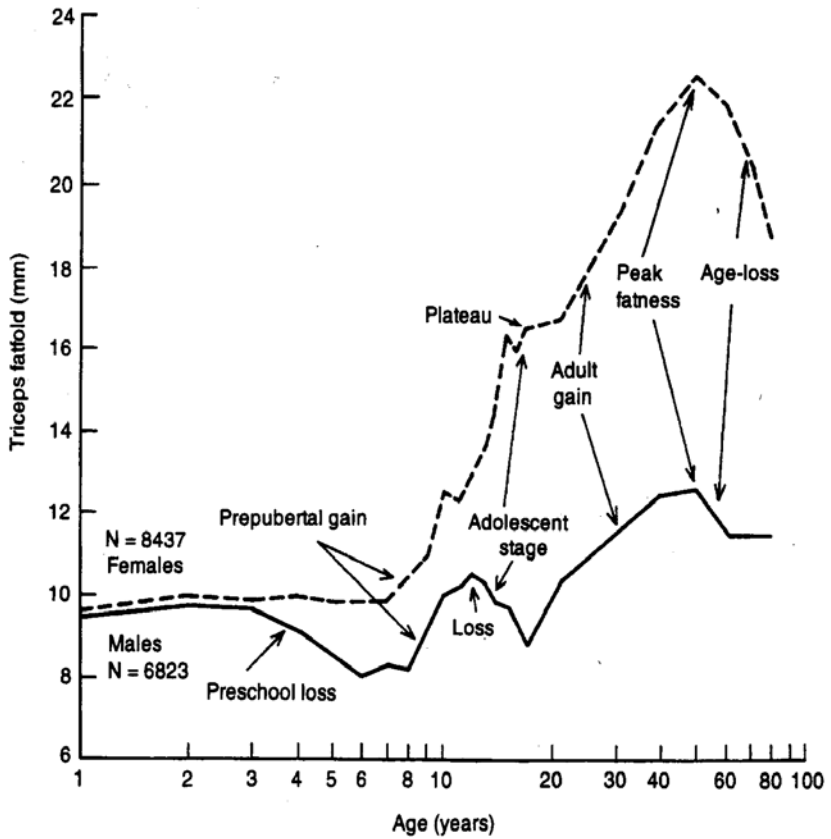


**Figure 2.** Distribution de l'IMC au cours de l'âge avec les limites IOTF-25 et IOTF-30





**Figure 3.** Distribution de la masse grasse avec l'âge chez les garçons et les filles. A partir de Obesity Report of British Nutrition Foundation, Blackwell Science





**Table 1.** Limites des valeurs du tour de taille. D'après Tournan et Girardet. Obésités de l'enfant. In médecine de l'obésité, A Basdevant, B Guy-Grand eds, Médecine-science Flammarion, Paris, 2003

	Garçons (cm)	Filles (cm)
3 ans	50,3	53,1
4 ans	53,3	55,6
5 ans	56,3	58,0
6 ans	59,2	60,4
7 ans	62,0	62,9
8 ans	64,7	65,3
9 ans	67,3	67,7
10 ans	69,6	70,1
11 ans	71,8	72,4
12 ans	73,8	74,7
13 ans	75,6	76,9
14 ans	77,0	79,0
15 ans	78,3	81,1
16 ans	79,1	83,1
17 ans	79,8	84,9
18 ans	80,1	86,7
19 ans	80,1	88,4



## BIBLIOGRAPHIE

1. Obepi 2003 ; [www. Roche.fr](http://www. Roche.fr)
2. **Ritz P.** Methods of assessing body water and body composition. In Hydration throughout life 1998 pp63-74, MJ Arnaud Ed, J Libbey Eurotext, Paris
3. **WHO expert committee.** Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. WHO technical report series N°854, Geneva 1995
4. **Cole TJ, Bellizi MC, Flegal KM et al.** Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey BMJ 2000; 320:1240-3
5. **Vol S, Tichet J, Rolland-Cachera MF.** Trends in the prevalence of obesity between 1980 and 1996 among french adults and children. International Journal of Obesity 1998; 22 suppl 3:S210
6. **Rolland-Cachera MF, Castetbon K, Arnault N et al.** Body mass index in 7 to 9 yrs old french children. International Journal of Obesity. 2002; 26:1610-1616
7. **Tournan et Girardet.** Obésités de l'enfant. In médecine de l'obésité, A Basdevant, B Guy-Grand eds, Médecine-science Flammarion, Paris, 2003





## Du surpoids à l'obésité : gêne ou sans gêne

P.A. DOYARD<sup>3</sup>, D. CHEUNG, S. LAMBICCHI, E. GRIMONT-ROLLAND

Surpoids et obésité expriment des variations du poids par rapport à la taille. Maigreur, minceur, zone du poids « normal », surpoids, obésité avec ses différentes expressions quantitatives (obésité simple, modérée, sévère, morbide), s'inscrivent dans une suite logique qui a deux caractères : la continuité et la progressivité. Pour rester dans le cadre de « surpoids et obésité », on retient en premier lieu qu'avant d'être obèse on a été pendant une période plus ou moins longue en surpoids, en deuxième lieu que la définition scientifique de l'obésité a connu un certain nombre d'avatars méthodologiques (1). La position médicale reste objective, elle indique que l'on franchit à un certain moment une limite précise qui définit l'obésité, alors que l'on était auparavant en surpoids. Par la suite le degré de l'obésité aura des conséquences plus ou moins graves selon la nature, le nombre et la sévérité des facteurs de risque associés. La position de l'adolescent(e) est différente car il va exprimer un vécu lié à son poids, surtout à travers l'autre. C'est finalement la gêne ressentie qui va conduire à une démarche thérapeutique.

La définition de l'obésité repose sur l'expression du poids rapporté à la taille. Celle qui est utilisée actuellement se réfère à l'index de masse corporelle ( $IMC = \text{Poids (kg)} / \text{Taille}^2 \text{ (m)}$ ), les normes (2) sont établies pour chacun des deux sexes en fonction de l'âge. La valeur de l'IMC calculée pour un âge déterminé est reportée sur une courbe (présente en particulier dans les carnets de santé) où les résultats sont exprimés en percentile. Les figures 2 et 3 indiquent pour les filles et les garçons l'évolution de l'IMC en fonction de l'âge avec les zones du surpoids et de l'obésité.

L'obésité s'installe dans les premières années de la vie : 80% des adolescents obèses le sont déjà à 6 ans et 90% à 8 ans. La figure 1 montre ces données en pourcentages cumulés sur deux séries étudiées à 25 ans d'intervalle sans qu'il y ait de différences significatives entre elles (3).

Nous avons donc une connaissance scientifique qui nous permet de dire à partir de quel rapport poids/taille on devient obèse et à partir de quel âge s'installe l'obésité. Ce sont ces données que nous utiliserons pour étudier la façon dont les adolescents vivent leur excès de poids et pour les confronter à leur vécu.

### 1- Matériels et méthodes

279 dossiers de jeunes obèses ayant fait une demande d'admission dans l'unité ont été étudiés. Le dossier de demande comporte un questionnaire sur la gêne ressentie par l'adolescent. Cinq items y sont présentés : les moqueries, le regard des autres, l'activité

<sup>3</sup> Service de Pédiatrie, Unité de Rééducation, Hôpital San Salvador (AP-HP), route de l'Almanare 83400 Hyères.



sportive, la vêtue et l'impression d'être mal dans sa peau. Il leur est demandé d'indiquer ce qui est pour eux la gêne ressentie et de la classer par ordre décroissant de 1 à 5. Il leur est également demandé d'indiquer depuis quand ils sont gênés par leur poids et quels évènements particuliers ont, d'après eux, joué un rôle particulier dans la prise de poids.

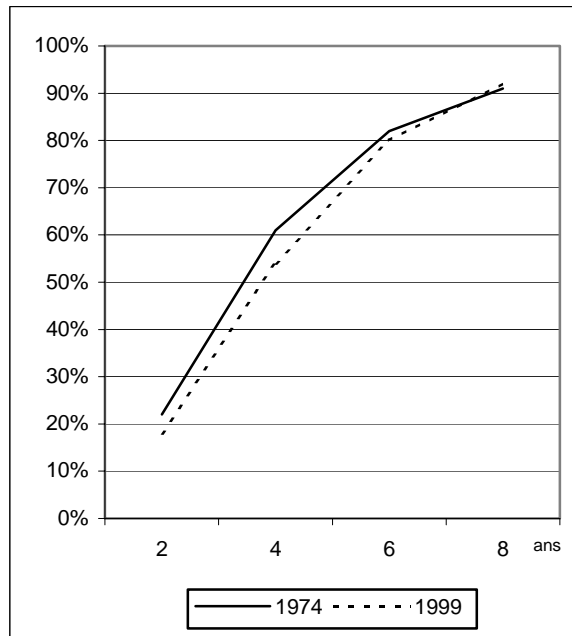


Figure 1. Age de début de l'obésité.

## 2- Résultats

### 2-1 La population étudiée

L'ensemble des dossiers reçus dans l'unité depuis mai 2001 a été exploité. Il s'agit de 279 demandes présentées par 203 adolescentes (soit 72.5%) et de 76 adolescents (soit 27.5%). L'âge moyen des adolescentes est de 15 ans 8/12, avec des valeurs extrêmes de 12 ans 6/12 à 18ans, celui des adolescents est de 15 ans 3/12 avec des valeurs extrêmes de 13 ans 11/12 à 17 ans 9/12.

La surcharge pondérale est importante voire très sévère comme l'indiquent les figures 2 et 3. L'IMC est en moyenne identique dans les deux groupes (36.2 pour les filles et 36.2 pour les garçons), en revanche, les valeurs les plus élevées sont observées chez les filles (61 contre 53.1 chez les garçons).



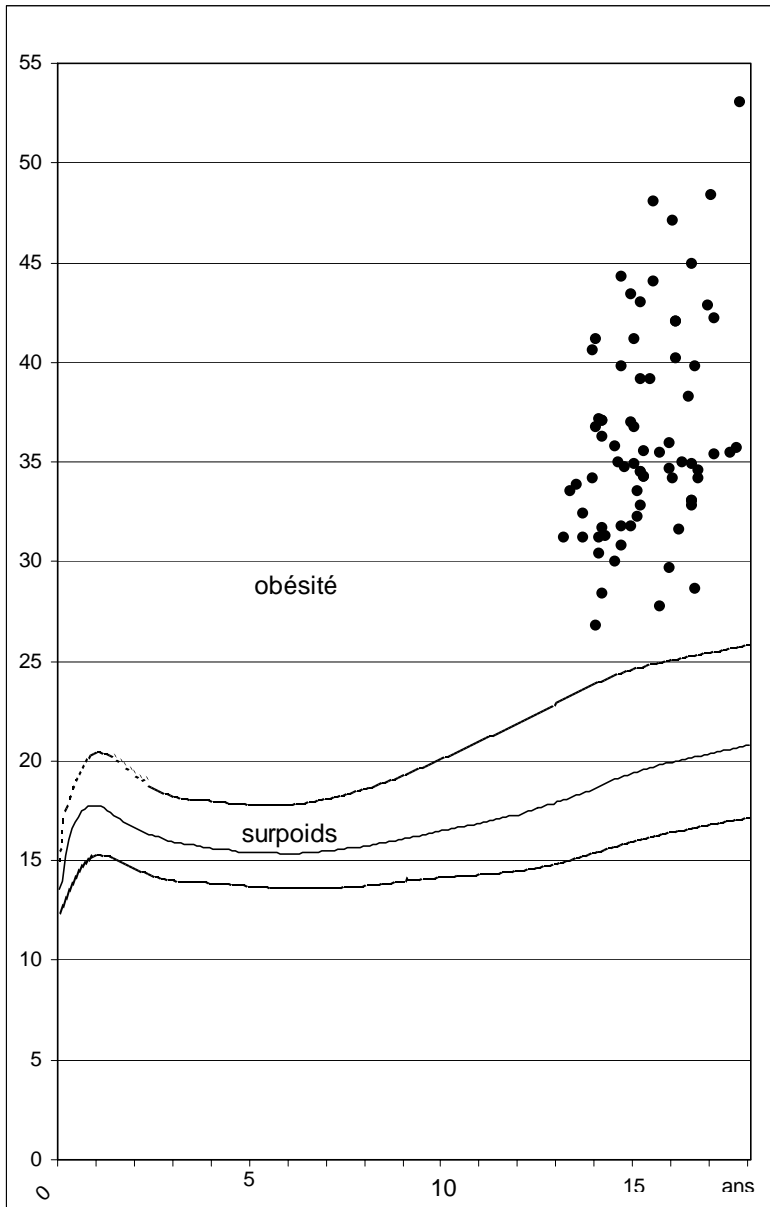
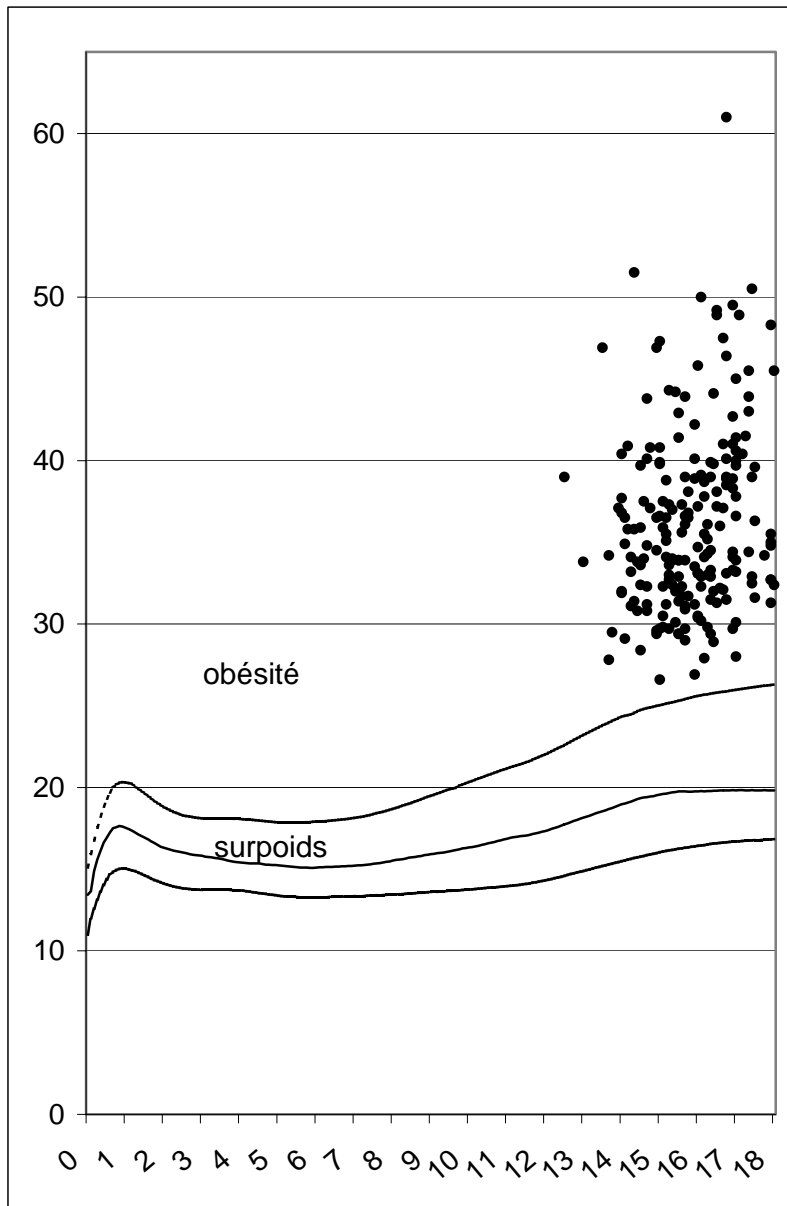


Figure 2. Garçons. IMC selon l'âge.

- = Population étudiée (n=76); .... = 97<sup>ème</sup> percentile; \_\_\_\_ = 50<sup>ème</sup> percentile



**Figure 3.** Filles. IMC selon l'âge

• = Population étudiée (n=203) ; .... = 97<sup>ème</sup> percentile ; \_\_\_\_ = 50<sup>ème</sup> percentile



## 2-2 Les dossiers exploitables

Sont considérés comme exploitables les dossiers dans lesquels au moins 3 items sont classés, Les dossiers ne sont pas retenus lorsque les cases sont simplement cochées sans que l'ordre soit indiqué. Aucun rappel n'a été fait pour compléter ces données : elles sont donc spontanées et remplies à domicile dans le contexte où vit le jeune.

51 des 76 dossiers des adolescents sont exploitables (soit 67.1%), dont 49 complets, 157 des 203 dossiers des adolescentes le sont (soit 77.3%) dont 152 complets.

Représentativité des dossiers exploitables : les données sont indiquées au tableau 1. Elles n'objectivent pas de différences significatives pour ce qui concerne la répartition des âges et de l'adiposité représentée par l'IMC moyen.

	Age moyen	Age min	Age max	IMC moyen
Garçons total dossiers	15 3/12	13 11/12	17 9/12	36.2
Garçons dossiers exploitables	15 4/12	13 11/12	17 9/12	36.8
Filles total dossiers	15 8/12	12 6/12	18	36.2
Filles dossiers exploitables	15 8/12	12 6/12	17 9/12	35.9

Tableau 1. Ages et IMC de la population étudiée

## 2-3 Analyse des données

### a) la gêne ressentie :

Les tableaux 2 et 3 indiquent la gêne citée respectivement en premier et en dernier par les adolescents et les adolescentes.

nature de la gêne	adolescents (n=50)	adolescentes (n=152)
moqueries	28%	4.5%
regard des autres	6%	8.9%
activité sportive	10%	7.6%
vêtue	14%	21.7%
être mal dans sa peau	42%	57.3%

Tableau 2. Gêne citée en premier

nature de la gêne	adolescents (n=49)	adolescentes (n=152)
moqueries	24.5%	28.8%
regard des autres	8.2%	11.3%
activité sportive	32.6%	35.3%
vêtue	14.3%	17.3%
être mal dans sa peau	20.4%	7.3%

Tableau 3. Gêne citée en dernier



Etre mal dans sa peau est cité en premier par le plus grand nombre, plus souvent chez les filles (57.3%) que chez les garçons (41%), c'est le trait commun le plus caractéristique de ces données. Pour les adolescentes, les difficultés à se vêtir viennent en second (21.7%) alors qu'elles ne viennent qu'en 3<sup>ème</sup> position chez les adolescents. En revanche, les adolescents mettent en second les moqueries dont ils sont l'objet, alors que les filles mettent ce critère en dernier (seulement 4.5%). La gêne liée à l'activité sportive est citée en avant dernière place dans chacun des deux groupes. Plus coquettes les filles ? ou plus sensibles aux canons d'une mode où la minceur règne et où les tenues sont près du corps. Plus moqueurs entre eux les garçons ? ou plus directs dans l'expression que les filles ? Il semble toutefois que les adolescents soient plus sensibles à des éléments exprimés de vive voix (moqueries) ou à la confrontation à des données matérielles (une performance sportive ou une tenue vestimentaire, éléments mesurables) qui représentent chez eux 52% des gênes ressenties contre seulement 33.8% chez les adolescentes. L'interprétation de la gêne liée à l'activité sportive (identique dans son appréciation en premier et en dernier) reflète l'ambiguïté de cet élément qui peut être reconnu sur la qualité des performances sportives mais aussi comme expression globale du mal être.

La nature de la gêne liée au surpoids s'exprime donc de façon différente chez les adolescents et chez les adolescentes.

### b) La nature de la gêne ressentie est-elle en rapport avec l'âge des patients ?

Nous avons déterminé l'âge moyen des patients selon la nature de la gêne indiquée en premier. Les résultats figurent au tableau 4. Les valeurs observées chez les adolescentes sont très voisines les unes des autres (dans un intervalle de 6 mois) et sont en rapport avec la moyenne des âges de la totalité du groupe (15 8/12 ans). Les valeurs observées chez les adolescents sont plus dispersées (intervalle de 12 mois) et s'écartent pour certaines d'entre elles (moqueries, activités sportives) sensiblement de la moyenne d'âge du groupe (15 4/12 ans).

Gêne classée en premier	Age moyen filles (n=155)	Age moyen garçons (n=50)
Moqueries	15 9/12	14 9/12
Regard des autres	15 7/12	15 5/12
Activité sportive	16 1/12	15 9/12
Vêtire	15 7/12	15 2/12
Etre mal dans sa peau	15 8/12	15 6/12

Tableau 4. Age moyen et nature de la gêne indiquée en premier.

### c) La nature de la gêne ressentie est-elle en rapport avec le degré de l'excès de poids ?

Nous avons caractérisé l'excès de poids par l'IMC moyen et l'avons rapporté à la gêne indiquée en premier. Les résultats figurent au tableau 5. Les valeurs observées chez les adolescentes sont plus regroupées que chez les adolescents (1.3 points d'IMC contre 2.2). En comparaison avec l'IMC moyen des deux groupes (36.2 chez les garçons comme chez



les filles) les IMC les plus élevés s'observent chez les filles les plus gênées par les activités sportives et chez les garçons souffrant le plus du regard des autres et de difficultés à se vêtir. En revanche les moqueries ne s'adressent pas aux plus gros.

	Moqueries	Regard des autres	Activités sportives	Vêtire	Etre mal dans sa peau
Filles	36.4	35.1	37	36.2	35.4
Garçons	35.3	38.5	35.8	37.4	37.6

Tableau 5. IMC moyen et gêne ressentie en premier

d) L'âge présenté comme étant celui où l'excès de poids est responsable d'une gêne correspond-il à un âge particulier, est-il lié à un stade physiologique particulier (puberté) ou à une période de changement scolaire (passage en primaire, en secondaire) ? Existe-t-il des différences entre les filles et les garçons ?

Dans 175 des 203 dossiers des adolescentes (soit 86.2%) et dans 68 des 76 dossiers des adolescents (soit 89.5%), l'âge à partir duquel la gêne (quelle qu'elle soit) est ressentie est précisé.

Référence à un stade physiologique du développement.

Pour présenter les résultats, nous avons distingué 4 périodes, celle des premières années, jusqu'à l'âge de six ans, celle qui va de six ans à la période qui précède la puberté en donnant comme limites au début de celle-ci 10 6/12 ans pour les filles et 12 6/12 pour les garçons, celle qui couvre la mise en place de la puberté, soit de 10 6/12 ans à 12 6/12 ans pour les filles et de 12 6/12 ans à 14 6/12 ans pour les garçons, la dernière période débute à 12 6/12 ans pour les filles et à 14 6/12 ans pour les garçons.

Les données figurent au tableau 4.

	Avant 6 ans	de 6ans à pré puberté	période puberté	post puberté	total
filles	34	45	47	49	175
	19,4%	25,7%	26,9%	28,0%	100,0%
garçons	7	38	15	8	68
	10,3%	55,9%	22,1%	11,8%	100,0%

Tableau 4. Age de début de la gêne ressentie

La population des adolescentes est répartie de façon homogène entre ces 4 périodes, de 19.4% à 28%, celle des garçons présente au contraire un maximum de 55.9% dans la période qui précède la puberté. Les modifications secondaires à la puberté correspondent à une période présentée par les filles comme importante dans la prise de conscience de la gêne qu'elles ressentent dans 54.9% des cas contre seulement 33.9% par les garçons.



La référence à une période scolaire a été citée par 36 des 203 adolescentes (soit 17.7%) et par 10 des 76 adolescents (soit 13.1%). Les données figurent au tableau 5.

	maternelle	entrée au CP	autre classe primaire	entrée en 6 <sup>ème</sup>	autre classe secondaire	total
filles	1	2	11	18	4	36
garçons	0	0	4	5	1	10

Tableau 5. Gêne ressentie et référence à une période scolaire.

La période scolaire qui va de la maternelle à l'entrée en 6<sup>ème</sup> est citée par 32 des 36 adolescentes (soit 88.9 %) et par 9 des 10 adolescents. L'entrée en 6<sup>ème</sup> est surreprésentée dans chacun des deux groupes, elle est citée une fois sur deux. En revanche les premières périodes scolaires maternelle ou entrée au CP ne sont citées au total que dans 3 des 46 cas (soit 6.5%).

### 3- Commentaires

Les données recueillies sont des données subjectives, toujours difficiles à exprimer par le patient et à appréhender par le médecin. Les présenter objectivement est une chose, les interpréter en est une autre. Toutefois, il paraît intéressant de se placer à différents points de vue, celui des jeunes, c'est l'expression de leur vécu, celui du médecin, c'est l'interprétation de ce qui est dit, mais replacé dans le contexte personnel du patient, celui de l'autre (famille, entourage scolaire), c'est également le point de vue de la société sur l'image que donne le jeune obèse.

Comparé à l'âge de début de l'obésité établi sur les données objectives des carnets de santé, il faut souligner l'importance du délai entre celui-ci et celui où le jeune en prend conscience et ce quel que soit la façon dont il en exprime la gêne. Seulement 21.6 % des adolescentes et 12.1% des adolescents disent se sentir gênés avant l'âge de six ans alors qu'ils sont respectivement 4 et 6.5 fois plus nombreux à être déjà obèses dès cet âge. Il y a donc une longue période (plusieurs années) entre le passage à l'état « obèse » selon les définitions scientifiques et la prise de conscience de cet état. Parmi les facteurs qui entrent en jeu, deux paraissent jouer un rôle particulier. Le premier est physiologique, la prise de poids est progressive, elle est exceptionnellement brutale, on passe du surpoids à l'obésité sans à coup. Du bel enfant à l'enfant un peu rond, de l'enfant rond à l'enfant trop gros puis obèse, il y a une continuité. Le second est lié à l'autre, l'enfant construit sa différence par rapport aux éléments de son entourage. Comment l'enfant peut-il exprimer une gêne alors qu'il renvoie aux siens l'image de celui qui se porte bien ? De la bienveillance de celle qui l'entoure de ses bras à la confrontation à un entourage de plus en plus large, de la sélection des amis à l'environnement scolaire, le temps de comprendre passe par des étapes nécessaires. Pendant cette période, la nature de la gêne ressentie n'est pas identique, les plus jeunes expriment surtout des moqueries, c'est ce qui ressort des consultations de jeunes enfants. Le rôle de l'entourage dans la perception de la souffrance de l'enfant est alors essentiel, l'enfant jeune vient consulter sur demande de ses parents, le plus souvent sa mère. Par la suite il met en place un système de protection, de défense, il



dit, à propos des moqueries, « je m'y suis fait, ça ne me fait plus rien ». Ce faisant, il reconnaît leur existence et ne les dénie pas.

Dans cette étude il est notable de voir, passées les premières années, les différences qui s'installent dans leur vécu entre adolescents et adolescentes. Un des points les plus significatifs est l'âge présenté comme celui où la gêne liée à l'excès de poids s'installe. Les modifications liées à la puberté semblent jouer un rôle particulier chez les adolescentes, cela renvoie aux relations demande orale – demande sexuelle et à la relation avec la mère. L'adolescent, à la puberté, est confronté à la problématique de son désir, qu'il soit obèse ou non.

La demande de l'adolescent obèse n'est appréhendée que par une écoute qui lui laisse la parole dans un espace de neutralité, loin des conflits liés en partie à l'image qu'il renvoie aux siens. Le rôle des thérapeutes n'est possible que dans une grande disponibilité et non dans la prescription d'un régime, visant à répondre au raccourci saisissant des jeunes venant demander une perte de poids par « un régime qui marche ». Il faut savoir que la demande du jeune n'arrive qu'au terme d'un long processus de structuration psychique. C'est ce temps, ce temps pour lui de comprendre, qu'il est important d'analyser. Le temps pendant lequel se met en place suffisamment de souffrance, de mal être, pour qu'il prenne la décision de venir demander de l'aide. De cette écoute des jeunes, il ressort le degré insoupçonné de leur souffrance, mal exprimée par des chiffres, par la recherche de corrélations avec un âge, un surpoids ou des épisodes de leur vie.

La compréhension de la gêne exprimée par les adolescent(e)s obèses est indispensable pour leur proposer un schéma thérapeutique cohérent (4).

Reste le regard de la société sur ces adolescent(e)s trop gros. La société est-elle gênée par ses gros ? Sa position est ambiguë. Si ne pas mettre à l'écart les personnes en surpoids est clairement affirmé, la route est longue avant que des mesures cohérentes ne soient adoptées pour aider ces jeunes dans le sens le plus logique, celui de la prévention. Les objectifs du Plan National Nutrition Santé vont dans ce sens.

## **Conclusion**

L'adolescent(e) obèse n'exprime pas sa gêne en faisant référence à un surpoids. Du reste nombre d'entre eux ayant atteint un certain poids ne se pèsent plus. Ce qui compte à ses yeux, c'est la gêne ressentie, toujours à travers l'autre. Des différences existent entre les adolescentes et les adolescents, ces différences renvoient à des problématiques identitaires. La gêne ressentie est l'élément essentiel du vécu dont l'analyse est primordiale pour leur apporter l'aide qu'ils viennent demander.

Remerciements : nous remercions particulièrement le Docteur Christian Hamel, psychiatre, pour son aide.



## Bibliographie

1. **JOURET B.** Approche épidémiologique et thérapeutique de l'obésité infantile. Cah. Nutr. Diét. ,2002, 37 : 209-216.
2. **ROLLAND-CACHERA M.F., COLE T.H., SEMPE M., TICHET J., ROSSIGNOL C., CHARRAUD A.** Body mass index variations : centiles from birth to 87 years.Eur. J. Clin. Nutr. ,1991, 45, 13-21.
3. **DOYARD P.A.** Trop nourri, mal nourri, l'enfant consommateur et vulnérable. Stock, Paris, 2000.
4. **LE BARZIC M., POUILLON M.,** Les inconvénients psychologiques des régimes systématiques chez l'enfant. Cah. Nutr. Diét. ,2001, 36 : 142-145.





## **Je suis trop grosse : je veux faire un régime. Interaction mère-enfant.**

Dr D.A. CASSUTO<sup>4</sup>

L'adolescente se trouve dans la nécessité d'intégrer des données nouvelles concernant son corps, sa représentation, son identité personnelle, ses rapports sociaux, son intimité avec l'autre sexe, données toutes inédites jusqu'alors. Les conduites qui en découlent sont en rapport très direct avec les avatars de la fin du processus de sexualisation qui intervient avant que la sexualité au sens strict ne se mette en acte. On ne peut parler d'adolescent sans évoquer son corps : il n'y a d'adolescent que parce que le changement pubertaire travaille le corps de l'enfant, bouleverse ses repères spatiaux et la linéarité de son développement physique.

Selon les études sociologiques de Marie Choquet, alors que l'image que les garçons ont de leur corps s'améliore avec l'âge : ( surtout trop petits à 16 ans ), celle des filles ne se modifie pas. Un adolescent sur deux n'aime pas se regarder dans la glace, ni se faire photographier, bien que plus de la moitié se juge séduisant et ayant du charme. Les filles ont une impression moins positive d'elles-mêmes 27% s'estiment séduisantes et 40% pensent avoir du charme. Une majorité des jeunes insatisfaits de leur poids veulent en changer (41% des garçons, et 63% des filles). En fonction de leur corpulence les résultats sont différents : dans le groupe des plus maigres 40% se perçoivent effectivement plutôt maigres mais plus de la moitié sont satisfaits de leur silhouette. Dans le groupe des plus gros, 72% se trouvent avoir effectivement une surcharge pondérale et 25% sont satisfaits de leur corpulence. Ces insatisfactions quand au poids sont plus marquées chez les filles à partir de 14 ans alors qu'elles ont tendance à diminuer avec l'âge pour les garçons. Un certain nombre s'engage dans des stratégies de contrôle pondéral plus ou moins draconiennes : 15% des filles ( et 17 % après 17 ans ) et 4% des garçons suivent un régime. Ces conduites anorexiques, entrecoupées de conduites boulimiques peuvent être transitoires et ne dérivent pas forcément vers des troubles des conduites alimentaires graves, mais doivent être surveillées. Les troubles du comportement alimentaire plus graves (anorexie, boulimie) sont étroitement liés à ce concept d'image du corps et d'acceptation des modifications corporelles dues à la puberté. Mais des troubles de relation mère-fille dans le développement infantile précoce sont retrouvés dans ces troubles pathologiques.

La raison prétexte avouée par des adolescentes à vouloir maigrir est celle qui est la plus plausible socialement : les garçons « trip » sur les filles minces et il faut leur plaire répondent les plus obsédées par leur poids dans une étude effectuée dans un collège canadien. Plaire n'est qu'un aspect de la motivation à maigrir puisque les filles désirent souvent être plus minces que ce qu'elles considèrent comme conforme au désir masculin. Il est possible que le désir de maigrir, d'avoir un corps mince, soit pour les adolescentes une façon de maîtriser la féminité. La valorisation de la silhouette des mannequins d'une

---

<sup>4</sup> Hôtel Dieu - 112, Bd Saint Germain – 75006 PARIS



part et une certaine représentation plus accentuée du corps féminin (avec des hanches, une taille bien marquée, des fesses,...) incitent à une nouvelle stratégie de pouvoir : les jeunes filles d'aujourd'hui se veulent-elles excitantes et intouchables ?

Devenir un corps d'adulte, renoncer pour cela à son corps d'enfant, n'est pas non plus une mince affaire. L'acquisition de l'image de soi ne peut se faire que par la médiation de l'image et du regard d'autrui. La dysmorphophobie est une forme particulière de refus de son propre corps. Le dysmorphophobe est un individu qui croit être affecté de déformations physiques, qui croit son corps difforme. Beaucoup de femmes (et de plus en plus d'hommes) seront atteintes de dysmorphophobie car plus fragiles que d'autres et tyrannisés par l'idéal minceur. A l'adolescence on pourrait parler de dysmorphophobie « normale » et transitoire. L'adolescent déteste son corps parce qu'il a peur que les autres ne le jugent difforme. Il s'agit non seulement du regard parental, mais aussi du jugement social, de ses normes, de sa dictature ainsi que du poids des modèles culturels : le corps idéal, véhiculé par la mode clairement hors de portée de l'immense majorité de la population.

Mais n'oublions pas de rappeler que l'adolescente, vers 16 ans, est normalement à un sommet pondéral : elle est plus dodue à cet instant de sa vie et s'affinera par la suite, pour être plus mince à 20 ans qu'à 16. Nombre d'adolescentes et de mères d'adolescentes ne supportent pas cette évolution physiologique normale. Certains parents s'angoissent à l'idée que leur enfant, trop gros, pourrait ne pas pouvoir s'épanouir ; d'autres, moins bien intentionnés, utilisant leurs enfants comme des objets narcissiques, réclament au médecin une amélioration de cet enfant dont ils ne peuvent être fiers. Il s'agit souvent, d'ailleurs, de parents eux-mêmes dans une problématique de maîtrise, qui ne supportent pas l'image renvoyée par leur progéniture. Quand la mère, ou éventuellement le père, se met perpétuellement au régime, la jeune fille a tendance à déprécier sa silhouette, à reprendre sur son compte des jugements que la mère porte sur elle-même et sur sa féminité. Dans cette période de doute, les remarques déplacées d'un père ou d'un frère, les critiques d'un professeur de gymnastique, d'une copine ou d'une vendeuse peuvent blesser l'adolescente qui va se lancer dans un régime « impossible à tenir ». Tout est organisé pour encadrer les postulants à la norme. Salles de sport, régimes à la carte, substituts de repas, crèmes amincissantes, la dictature des minces s'exerce de tout son poids sur les mentalités. La résistance du droit à la différence a bien du mal à s'exprimer et le manichéisme « mince et actif », « gros et sans volonté » est partout présent. On préfère toujours faire pencher la balance du côté des minces que de celui des excédents de poids.

Ces filles (très souvent encouragées par leurs mères mais aussi parfois par leurs pères et/ou leurs copines) rentrent à ce moment-là dans le cycle pernicieux de la restriction – désinhibition alimentaire et de son corollaire le yoyo pondéral ascendant.

Sans occulter le problème, il est parfois nécessaire d'attendre. Il faut que les mères soient capables de transmettre à leur fille la capacité à se sentir bien dans leur corps de femmes. Le mot d'ordre est de ne pas être délétère en faisant des régimes trop restrictifs entraînant des pertes de poids trop importantes, sources d'angoisse, et une reprise de poids immédiate grevant l'estime de soi. Un recadrage alimentaire sans restriction propre peut juste être bénéfique. Il est parfois urgent de ne pas se presser pour que les adolescentes soient au mieux de leur beauté et de leur séduction. Parfois, lorsque la maturité physique précède la maturité psychique (comme c'est le cas dans le début de l'adolescence, et plus particulièrement dans les pubertés précoces ou les prises de poids renvoyant à un corps très féminin), l'adolescente, incertaine de sa propre unité, dévalue son image car toute



exhibition devient dangereuse, autant pour elle même que pour le risque d'une infraction de la part de l'autre.

L'interaction mère-enfant n'attend pas l'âge de l'adolescence. Les filles internalisent de plus en plus tôt le diktat de l'idéal minceur comme valeur essentielle à la réussite sociale et sont concernés par leur poids avec tout ce que ça comporte en terme d'insatisfaction corporelle et de dévalorisation de l'estime de soi. Dans une étude américaine menée par L.Birch, les fillettes (dès l'âge de 5 ans) sont toutes préoccupées par leur poids et ont toutes peur de grossir. Leur estime de soi est directement liée à leur statut pondéral : plus elles sont rondes moins elles s'aiment et surtout moins elles se trouvent intelligentes. A la vue de cette étude, l'association surpoids de l'enfant et conduite de restriction de la part de la mère conduit l'enfant à la plus mauvaise estime de soi, tant sur le plan physique qu'intellectuel. La perception par le père de leur silhouette influera aussi largement sur l'estime de soi de ces fillettes et dans leur possibilité de séduction. Cette même équipe américaine a observé le comportement des mères trop restreintes ou trop intéressées par le poids. Leur attitude vis à vis de la nourriture influence le comportement alimentaire et le poids de leurs filles (dès l'âge de 5 ans) et réciproquement, le niveau de corpulence des filles influence l'attitude des mères. Une mère qui a du mal à contrôler son propre poids, et qui perçoit sa fille comme étant à risque de surpoids, risque de recourir à une plus grande restriction pour son enfant. Ainsi le flux se fait dans les deux sens : si les mères sont hyper-contrôlées, elles génèrent des difficultés dans le « self-control » de leurs filles qui auront du mal à ajuster leurs apports et qui auront tendance à augmenter les prises alimentaires sous forme de snacks. On assiste ainsi à un transfert inter-générationnel, les mères les plus contrôlées donnant « naissance » à des filles très contrôlées mais moins bonnes régulatrices que les autres. Ce type de comportement peut être délétère voir même contre-productif pour le développement pondéral et psychique de ces filles. Une trop grande restriction (réelle ou cognitive) de la part des parents sur des enfants (dès l'âge de 5-7 ans) génère une mauvaise adaptation de la taille des portions d'une alimentation hautement palatable, et une prise alimentaire non adaptée aux signaux de faim et de rassasiement (manger sans faim, manger plus vite, etc..). Parallèlement, l'évolution de la mode enfantine de ces dernières années ne respecte pas les rondeurs propres à l'enfance. Cette mode, amplifiée par la fascination de l'adolescence, amène certaines mères à prendre leurs préadolescentes pour des adolescentes ou des petites femmes. Cette mode ne crée pas de trouble du comportement alimentaire mais vient accentuer les préoccupations des fillettes autour de leur apparence, de leur poids et de leurs formes. Elle place l'enfant dans une perspective « adultomorphe » de séduction et de sensualité en ne laissant pas l'enfance s'exprimer en lui imposant des contraintes inappropriées. Le contexte familial et socio-culturel actuel pourra jouer le rôle de détonateurs sur des structures psychologiques aux assises narcissiques fragiles pour l'apparition de troubles du comportement alimentaires plus graves

A côté des troubles du comportements alimentaires de type quantitatif nous voyons apparaître de plus en plus un nouveau trouble du comportement alimentaire : l'orthorexie. C'est un trouble du comportement alimentaire qui consiste en une obsession de l'alimentation saine (dans le sens le plus strict). L'orthorexique est plus obnubilé par la qualité de ce qu'il mange que par la quantité (à l'inverse de l'anorexique et du boulimique). Les aliments qu'il aimait et « bons à son goût » mais qu'il pense être « mauvais pour la santé » sont désormais exclus de son alimentation, considérés comme du poison. Les griefs envers ces aliments peuvent invoquer des critères classiques (trop de



gras, trop de sucre, trop de colorants, trop d'additifs) mais peuvent être tirés d'une philosophie lointaine ou inconnue (manger cru, sans viande rouge, sans protéines animales, sans lait, macrobiotique, etc...). L'orthorexique passe des heures à réfléchir sur son alimentation et faire ces courses. Il a tendance à s'isoler de ses proches et de ceux qui ne mangent pas comme lui sans mettre en général en danger sa santé. La rigidité du régime qu'il s'impose le prive de tout plaisir et de toute convivialité. Elle débouche sur des frustrations, des punitions, une obsession permanente et l'isolement et source de dépression. Il est possible que « ce manger droit » pourrait être choisi comme une alternative à la cacophonie ambiante, à laquelle un adolescent pourrait adhérer dans sa quête de repère. Nous le pensons devant les adolescents consultants pour des problèmes de surpoids et qui sont perdus devant la simple question : « quels aliments sont bons pour toi ». Ils ne s'autorisent pas à choisir les aliments qui sont « bons au goût » et ne choisissent que des aliments « bons pour le poids » et/ou « bons pour la santé ». Cette idée forte selon laquelle en mangeant on va pouvoir avoir une influence sur son potentiel de séduction constitue l'une des caractéristiques de la modernité alimentaire chez l'adolescent. Car, en mangeant, il a du « poids » sur ce nouveau corps qui va être son outil, son vecteur de séduction. Dans ces cas, le retour à une alimentation normale passe par une enquête alimentaire fouillée, prolongée par des conseils nutritionnels visant à aménager progressivement les repas, réintroduire une diversité de goût, contrer les idées reçues ou infondées. Parfois, un travail psychologique est nécessaire pour tenter de remonter à l'origine du trouble, car le désir de pureté peut renvoyer à l'anxiété de l'impureté et à l'idée que l'on pourrait corriger une mauvaise image de soi par les aliments. Toutes ces notions doivent être prises en compte par les professionnels de santé (pédiatres, médecins scolaires, etc..) lors des conseils nutritionnels donnés aux filles dès leur plus jeune âge, pour éviter que leur parole ne soit un maillon supplémentaire à l'idéalisation de la minceur. Elles doivent être aussi intégrées lors des consignes que le nutritionniste sera à même de mettre en route devant un véritable surpoids.



# Image du corps et société de consommation.

Votre nouvel antidépresseur ? La bouchée au chocolat X, nous vante la publicité. Mangez et prenez en tous, pas de privation, pas de frustration pour cette communion généralisée : consommez ! Petite ou grosse faim, petite ou grosse envie, douceur ou saveur : pourquoi vous priver ? Tirez la languette de notre barquette, vous découvrirez prêt à déguster votre plat préféré. L'industrie agro-alimentaire veille sur nos envies : elle les entretient et les prévient. Mais le même consommateur est sommé aussi de tenir le cap d'une image idéale de légèreté : sachez garder la ligne, soyez mince, restez svelte. Bouche pleine, ventre plat et muscle ferme, il faut définitivement chasser le gras, le gros, le gélatineux, l'informe, en un mot l'ennemi, l'obèse. Entre campagne de pub promotionnelle et campagne de santé publique où en sommes nous ?





## Observatoire Européen des 5/25 ans...

Armelle Le Bigot-Macaux<sup>5</sup>

### Introduction

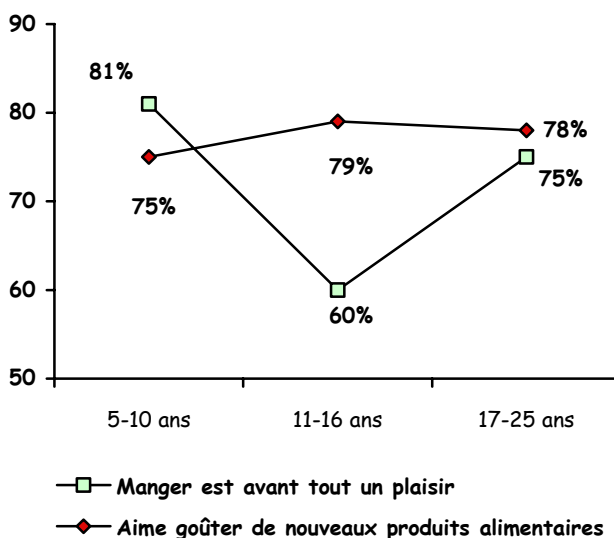
Quel honneur que d'être invitée à m'exprimer au milieu de cet aéropage de médecins, mais quel signe des temps aussi que de donner la parole au « marketing » pour apporter un éclairage aux réflexions médicales sur la « santé » des adolescents.

Mon témoignage s'appuiera donc sur un outil d'étude développé par ABC+ depuis 4 ans : **l'Observatoire Européen des 5/25 ans** ... sachant que je n'évoquerai ici que la France et essentiellement la tranche d'âge des 11/16 ans.

Dans le cadre de cette étude bisannuelle, sont analysés les points et les sujets qui concernent les jeunes, dont le rapport à l'alimentation et le rapport au corps et à l'apparence, ce qui permet de tirer un certain nombre de constats.

### 1<sup>ER</sup> Constat

Un hédonisme alimentaire particulièrement fort dans l'enfance et à la post adolescence, avec une **période critique à 11/16 ans**, où les bouleversements physiques et psychologiques génèrent un rapport conflictuel à l'alimentation ... même si l'attrait de la nouveauté demeure vivace.



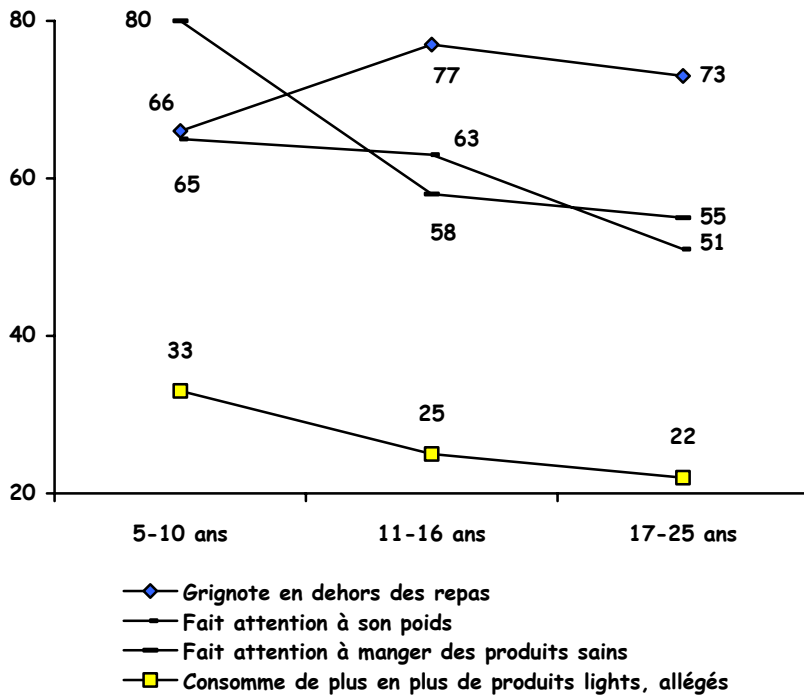
<sup>5</sup> Société ABC+ (Société d'étude spécialisée sur le public des 0/25 ans)



**2<sup>ème</sup> Constat**

**La consommation compulsive touche particulièrement les ados ...** et leur ambivalence en matière alimentaire se trouve confirmée à la fois par une tendance à déstructurer leur alimentation (grignotage) et le désir d'en endiguer les conséquences (produits sains ou lights) ...

... Sachant que la recherche de produits sains a augmenté très sensiblement chez les 11/16 ans (+ 11% chez les garçons & + 17% chez les filles) en un an !

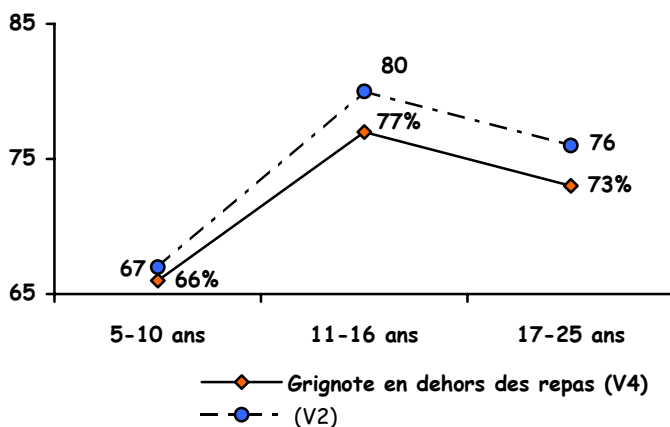






### 3<sup>ème</sup> Constat

On commence donc à sentir les effets et les premières applications des campagnes récurrentes – et efficaces – sur l'obésité et la nutrition : certes le grignotage augmente avec l'âge, mais **il a régressé en un an sur les 3 cibles**, ce qui manifeste une vraie tendance.

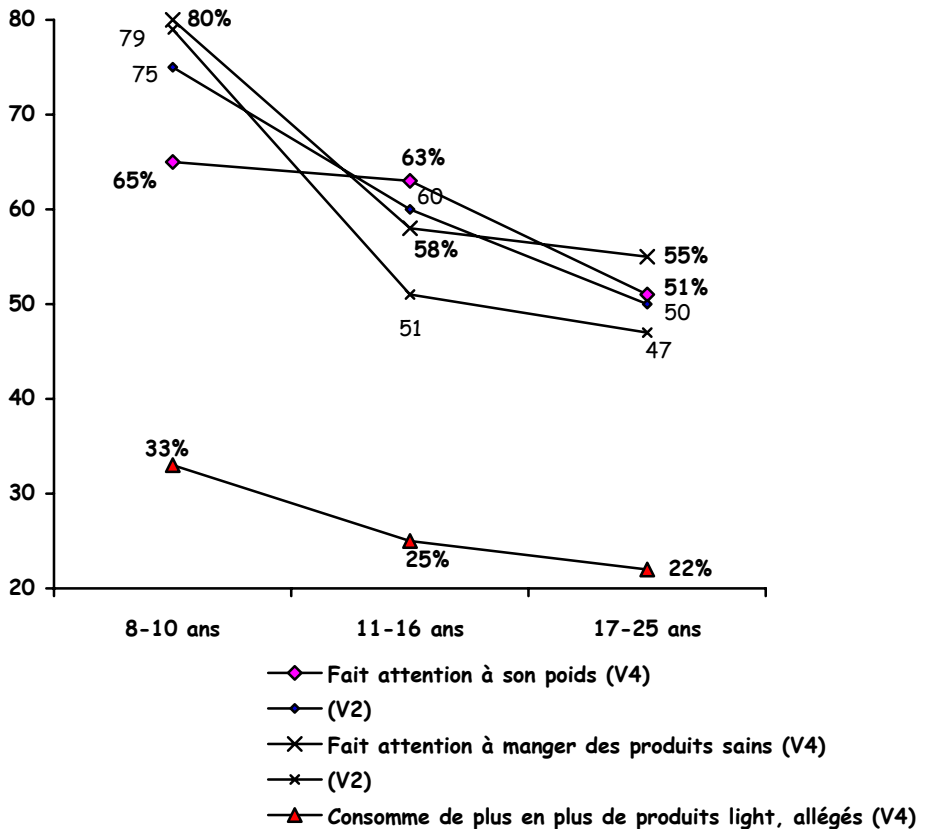




#### 4<sup>ème</sup> Constat

**Une lueur « d'espoir » du côté des 8/10 ans**, qui sont très à l'écoute et perméables au discours ambiant (parents, école ou discours nutritionnel sur les packs), et se sont appropriés ce discours : ce sont les plus attentifs à leurs poids et les plus en recherche de produits sains et/ou allégés ... parfois de façon un peu extrême.

... le tout dans **une préoccupation de l'apparence, qui commence de plus en plus tôt** (phénomène KGOY ou effet Lolita) et qui passe, dès 8 ans, par la beauté et la cosmétique !!! ce qui n'est pas sans inquiéter ...



#### En conclusion

Certes la dérive de la sur-bouffe ou de la malbouffe et donc de l'obésité existe, en particulier à l'adolescence, mais le paradoxe du plaisir immédiat et de l'idéal obsédant de l'apparence agit comme un régulateur, relayé aujourd'hui par les industriels qui commencent à être conscients du rôle qu'ils ont à jouer... auprès des jeunes consommateurs de plus en plus aguerris et exigeants !



## La dictature de la minceur

A. HUBERT<sup>6</sup>

Dans le rôle que nous donnent aujourd'hui nos démocraties, il y a celui de la gestion du soi, de son corps, de sa santé. Les mots ne sont pas anodins : on parle du « capital santé », avec lequel nous serions venus au monde et qu'il nous convient de gérer au mieux. Plus insidieusement, on nous fait entendre que c'est nous, les femmes, qui portons la plus grande part de responsabilité à travers le rôle que nous jouons dans la vie quotidienne de la famille, et avant tout, parce que nous faisons à manger et décidons des nourritures de chacun. A mon avis, les hommes ont une importance croissante dans la gestion quotidienne et ils devraient être tout aussi concernés. N'empêche que c'est en majorité aux femmes que s'adresse le discours sur la santé, la forme et l'alimentation. Ce discours cependant est souvent contradictoire, suivant sa source. Information médicale ou information racoleuse de la publicité pour des aliments.

### 1- Du côté des média :

Prenons une banale soirée de télévision, que je le veuille ou non l'écran me renvoie plusieurs messages :

- dans le genre « questions de santé » : *la manière de s'alimenter est-elle importante pour la santé ? oui, il faut manger équilibré.* (on ne précise pas toujours comment il faut faire)
- le produit « machin » *pauvre en lipides et en sucre, mais absolument délicieux, vous fait plaisir tout en vous permettant de garder la ligne* (on oublie de dire que ce n'est pas en plus du reste de ce que l'on a mangé)
- la barre « truc », chocolat, lait, noisette, *est idéale pour combler les « petits creux ».* Qui a dit qu'on devait avoir des petits creux ??
- la sauce x en sachet *qui change tout dans la cuisine* : qui a dit qu'on voulait tout changer ?
- perdre des kilos ? *rien de plus facile avec les substituts de repas z...oui, mais après ? on ne peut pas se nourrir toute la vie avec des milk shake amaigrissants !*
- idéal pour le goûter des enfants, *le gâteau xxx contient l'équivalent d'un grand verre de lait !* oui mais le sucre, le gras, les arômes artificiels ?
- le saucisson s .. ressoude l'ambiance familiale autour de la table, du pépé au bébé tout le monde se régale, on précise que c'est du saucisson maigre.
- les biscuits apéritifs aux croquants, craquants et autres cacahuètes vont finir par me faire croire que les Français se nourrissent principalement de ces petites cochonneries.
- des messages adressés aux enfants et aux adolescents : céréales de petit déjeuner, barres chocolatées et autres friandises, messages qui leur font comprendre que c'est uniquement en consommant ces produits qu'ils seront grands, forts, ou appartiendront au groupe de pairs.
- tiens, hier soir : un café qui fait maigrir !

---

<sup>6</sup> I.S.T.A.B. – Avenue des Facultés – 33400 TALENCE



Sortons des publicités et passons aux programmes :

Des talk shows au cours desquels interviennent médecins nutritionnistes et diététiciens : comment maigrir ? On fait le tour des régimes. On parle *équilibré*. Le summum est atteint lorsque l'on suit pendant quelques semaines des jeunes femmes qui désirent perdre du poids. On assiste à la consultation, on suit ce que dit la balance. Hormis l'aspect déontologique douteux de ce type d'approche *médicale*, on constate que les jeunes femmes en question, dans leur majorité, sont très jolies comme elles sont, et on ne comprend pas pourquoi elles veulent perdre deux ou trois kilos, si ce n'est pour pouvoir entrer dans un jean taille 36, et alors ? le bonheur ne tient qu'à ça vraiment ?

Et puis il y a les émissions qui traitent alors vraiment de l'obésité, en tant que maladie. Nous y voyons des patients énormes, qui ont un grand mal être, le corps difforme et les immenses efforts qu'ils sont obligés de faire pour perdre un peu de poids. Nous sommes là dans le domaine clinique, mais néanmoins, on sent très bien que derrière cela on nous agite, de manière subliminale le message : « attention, si vous ne faites pas attention ça sera vous ! ».

Voyons ce que nous montrent les magazines :

En couverture, on voit des mannequins de plus en plus jeunes et de plus en plus maigres. Et quand par hasard et exceptionnellement un magazine féminin montre des femmes un peu rondes, il suffit de tourner la page pour trouver une autre photo avec une fille qui a des cuisses de la taille ordinaire d'un avant-bras. Si ces images s'imposent à nous avec encore plus de force que des mots, c'est que nous sommes là pour les regarder et les accepter. Côté texte de même, on ne compte plus les menus minceur, petits plats amaigrissants et autres recettes magiques. Des articles informant et donnant des conseils de santé se contredisent souvent, on ne sait pas trop d'où ils tiennent leur information. Rarement, un article sérieux aborde le sujet de l'alimentation, la santé et la forme de manière à informer sans effrayer. Il en faudrait davantage. Le message médiatique est assez incohérent.

## 2- Esthétique et santé

Comment en sommes nous arrivées là ? Pourquoi sommes devenues des obsessionnelles de l'alimentation ? de la minceur ? Sans doute pour deux raisons : l'une étant le maintien de la santé et l'autre le désir esthétique. Et comme dans le discours médical perçu aujourd'hui minceur et santé vont ensemble, nous nous dirigeons vers des préoccupations qui bien des fois nous font perdre tout sens des proportions.

Commençons par la grosseur : c'est bien rentré dans la tête de tout le monde, nous sommes trop gros, et l'épidémie d'obésité a déjà commencé, elle touche même les enfants. Les chiffres sont alarmants nous disent les instances de Santé Publique. Ce thème a relégué tous les autres dans un arrière plan un peu flou. Maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et j'en passe sont moins importants, car précise-t-on, souvent liés à l'obésité. Par conséquent, c'est logique, si on maigrît et on reste maigre, on ne sera pas malade. Je caricature certes, mais pas tant que cela, ce type de cliché a déjà pris racine dans le monde occidental.



### 3- Les coupables :

Il nous faut des coupables ! La faute à qui si on est trop gros ? la faute au gras, la faute au sucre, la faute aux fast food ( au fait, personne ne nous oblige à fréquenter ces établissements ), bref, on trouvera toujours les raisons de nos comportements ailleurs qu'en nous-mêmes. Reprenons donc tout cela depuis le début.

#### Le gras.

Nom scientifique : lipides. Il joue un rôle essentiel dans notre alimentation, nos cellules en ont besoin et la graisse du corps tient le rôle d'un organe. C'est aussi le gras qui permet de développer les saveurs des aliments, qui donne du goût. Il confère aussi des calories, donc de l'énergie. Pour subsister au sein de l'Arctique, les chasseurs inuits qui peuvent se trouver à des températures de l'ordre de -45° ont besoin de près de 5000 calories par jour. Ils arrivent à consommer des quantités considérables (allant jusqu'à 1 kg par jour) de graisse de mammifères marins. Ces Inuits ne sont pas gros, ni obèses, ils brûlent les calories pour conserver leur température corporelle et pour l'exercice physique que demande la chasse ou la pêche sur la glace en hiver.

De tous temps les humains ont valorisé le gras, particulièrement le gras animal, qui était rare pour la plupart des gens. Huiles et graisses furent offertes aux Dieux, aux puissants. A ce jour dans bien des cultures, le gras représente la meilleure partie de l'animal. Dans notre histoire d'Occidentaux, il s'est fait rare pour le peuple. Les paysans ne mangeaient pas la soupe grasse tous les jours. Il n'y a pas si longtemps, dans le Lot et l'Aveyron, on conservait un vieux talon de lard rance que l'on faisait bouillir dans la soupe pour lui donner du goût. Avant de servir on le retirait et on le raccrochait à sécher car il devait servir durant plusieurs semaines. Saindoux et graisse d'oie que l'on utilisait avec parcimonie, donnaient lors des jours fastes, du goût aux brouets autrement insipides. Il fallait des « yeux » sur le bouillon, quant aux fritures elles étaient le régal des repas d'exception. Le gras fut aussi rare que la viande dans les assiettes populaires. Il n'est pas étonnant alors que le niveau de vie augmentant, les produits carnés devenant plus courants, l'alimentation s'en trouve transformée. Et forcément, on s'est rué sur ce qui avait le plus manqué depuis des siècles : le gras et la viande, dont la consommation a prodigieusement augmenté en France durant la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. On a compensé pour des générations qui avaient « manqué ». Les chiffres sont éloquentes : en France, depuis 1950 nous avons accru de 119% notre consommation de corps gras.

#### Le sucre.

Il se banalise sur les tables et dans les cuisines à partir de la fin du 18<sup>ème</sup> siècle, avant cela c'était une denrée de riches. Mais ce n'est que vers la fin du 19<sup>ème</sup> qu'il devient accessible à tous les niveaux de la population. Or, il se trouve que le sucré est physiologiquement la saveur spontanément préférée chez les humains et sans doute chez pas mal de mammifères. Il a dû y avoir une satisfaction extraordinaire à pouvoir manger sucreries et pâtisseries, confitures et gâteaux pour une population qui avait du se contenter de miel parfois et de quelques fruits pour satisfaire son envie de sucre. D'autant que les scientifiques du 19<sup>ème</sup> siècle découvrent l'apport énergétique de cet aliment. Le sucre devient un fortifiant qui développe la performance physique. Mais il entraîne des maux



dans son sillage : caries dentaires, facilite le diabète, fait grossir...Le monde médical après avoir valorisé le sucre va commencer à le diaboliser, et aujourd'hui il ne s'est toujours pas défait de cette image. Il faut dire que nous n'avons guère arrêté d'en consommer, nous avons même battu des records. Ici encore des chiffres qui parlent : depuis 1950 notre consommation de sucre s'est accrue de 76%. Aujourd'hui il semble bien que la population mondiale qui a adopté une alimentation de type occidental mange trop ou mal, par nécessité pour les pays du sud, par mauvais choix pour le monde occidental aisé.. Le diabète devient un problème planétaire, et si nos enfants ont tendance à être un peu trop ronds, on peut le mettre sur le dos des boissons gazeuses hyper sucrées, des « maman gâteau » et autres bonbons, biscuits, crèmes et glaces. Si on rajoute le sucre contenu dans les produits de l'industrie alimentaire comme agent de sapidité (même s'ils ne nous paraissent pas sucrés), nous atteignons des chiffres fort élevés.

En réalité, les humains consommeraient suffisamment de sucre pour couvrir leurs besoins sans avoir à en rajouter dans leurs aliments, mais c'est si bon !

Et il est certain que l'excès de sucre s'ajoutant à l'excès de gras, nous donne un profil alimentaire qui est loin de maintenir la minceur et la forme.

L'information est bien passée, tout le monde sait qu'il faut modérer ces deux éléments dans nos consommations. Le dégoût quasi général pour « le gras », ou le « trop sucré » exprimé par la plupart d'entre nous, va sans doute au-delà du fait qu'il ne faut pas en manger trop. Ces aliments sont devenus symboles de laisser aller, mollesse, échec, nous les avons chargés de valeurs morales négatives. Mais ce ne sont pas les aliments qui sont cause de désordres alimentaires, ce sont les mangeurs.

Mais il y a je crois un autre coupable, sans doute plus insidieux : l'industrie agro-alimentaire. Non pas parce que « ils nous empoisonnent », qui est un cliché trop répandu et totalement faux, mais parce qu'elle commercialise trop d'aliments inutiles, créant désirs et sentiments de besoin tout à fait inutiles. Mais il n'y a rien qui puisse limiter les désirs d'augmenter les gains des industriels de la nourriture. Arrêtez vous quelques instants dans le moindre supermarché et faites la liste des petites choses tentantes dont on n'a pas besoin : barres chocolatées ou autres, bonbons en cascade, les linéaires de biscuits et viennoiseries sont ahurissants de variété, quant aux produits lactés c'est hallucinant ! Desserts lactés, yaourt de toutes sortes, crèmes... Je ne mentionne même pas les diverses boissons. Pour se dédommager, ce monde de l'industrie a inventé le *léger*. Alors du zéro pour cent, du faux sucre, des produits miracles grâce aux petites bactéries actives qui vous feront dedans ce que l'on verra dehors et j'en passe. On pourrait facilement éliminer les trois quarts de ces produits tout en conservant la variété et le bon goût nécessaires à la gourmandise et à la santé. Ce monde nous fait croire que nous avons effectivement des petits creux qui sont essentiels à combler à la maison ou au travail, que ces biscuits ou gâteaux ne nous feront pas grossir d'un gramme, que pour les enfants c'est idéal, et que si on leur en donne ils trouveront que vous êtes la plus chouette maman du monde.

Je crois que cette industrie là serait une meilleure cible pour notre méfiance que la traque du gras et du sucre dans leurs produits.

En attendant le discours ambiant nous culpabilise sur l'embonpoint de nos enfants, sur la forme de notre corps, et dans un certain sens il part de constats réels. Nous avons trop consommé : passons à l'action.



#### 4- Des habitudes et des changements

En un siècle les modes de vie se sont transformés, nous avons aussi gagné, et c'est un événement majeur que les jeunes générations ont oublié trop vite, la possibilité d'avoir des enfants quand et si nous le voulons. La contraception a été une révolution majeure en faveur des femmes. Ces changements ont modifié les anciennes habitudes de vie, y compris celles qui concernent la famille.

Les grandes dépenses physiques ont disparu avec la banalisation de l'électroménager et les produits d'entretien, les transports publics, la voiture, la mécanisation des tâches les plus pénibles. Du coup nous n'avons plus besoin de consommer autant d'énergie. Ceci a transformé nos habitudes alimentaires, mais pas encore au point où elles sont en phase avec nos besoins. Nos rythmes de vie aussi ont changé. Quand on est en ville, pour celles qui travaillent, on mange en dehors de chez soi, au restaurant d'entreprise ou sur le pouce. Tout en se répétant qu'il faut manger correctement, équilibré, nous ne savons pas toujours le mettre en pratique. Franchement nous ne savons plus nous rendre compte si nous mangeons parce que nous avons faim ou parce que nous avons envie de manger. Notre quotidien est rongé par une course contre la montre : enfants, maison, cuisine, boulot, on a à peine le temps de souffler. En plus la société nous demande d'être énergiques, belles, minces et performantes : il y a de quoi se mettre en colère ! Et la cerise sur le gâteau : les enfants sont trop gros, vous êtes trop grosse, changez vos habitudes.

#### 5- Il n'y a pas que les grosses

Une des conséquences de l'opprobre jetée sur le gros et les dangers du gras à travers la valorisation d'une image du corps très mince a été d'engendrer un développement de l'anorexie chez les jeunes filles. Je parle ici de « petites anorexies » qui n'en sont pas moins graves, et non pas de la sévère pathologie mentale qui peut en découler ou qui se développe de manière indépendante (cela dit, en dix ans, la fréquence de ces anorexies est passée d'environ 1,5% à plus de 5% pour les 15-25 ans). On parle des gros mais on oublie de parler de celles qui ne veulent plus manger pour devenir toujours plus maigres. Elles sont nombreuses, il n'y a qu'à regarder autour de nous. Je suis frappée par le nombre de filles entre 12 et 20 ans qui ont des hanches si étroites que l'on se demande comment un jour elles pourraient donner naissance à un enfant, dont les bras et les cuisses n'ont plus aucune rondeur et se rapprochent de l'image du bâton. Elles s'habillent en 34 ou 36 et ne mangent pratiquement plus normalement. Cela débute le plus souvent à l'adolescence, au moment où l'on a besoin que l'on vous aime et que l'on vous admire au sein d'un groupe. Il faut bien entendu être belle, c'est-à-dire ressembler le plus possible aux stars des shows télévisés, aux top models, aux images de femmes extrêmement minces auréolées de succès. C'est normal puisqu'on les érige en modèles. Les choses se gâtent lorsqu'elles ne perçoivent plus leur corps et son image autrement qu'insatisfaisants, qu'elles se voient toujours trop grosses. L'échantillon de jeunes femmes entre 18 et 25 ans d'une enquête récente sur l'image du corps souhaitait un poids qui rapporté à leur taille correspond à de la maigreur<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Estelle Masson, *Enquête OCHA*.



Alors elles mettent en place une de deux stratégies possibles :

- manger moins, beaucoup moins, se mettre au régime draconien,
- manger quand la faim et la tentation se font trop fortes, pour se faire vomir tout de suite après.

Ces jeunes filles peuvent développer des stratégies d'évitement de la nourriture fort efficaces pour passer inaperçues au sein du milieu familial. Il faut parfois très longtemps aux parents pour s'en apercevoir et ils ne s'en aperçoivent pas tous. En maigrissant, et refusant une alimentation normale, elles découvrent aussi les effets que cela peut avoir sur leur famille, lorsque les parents se rendent compte que leur fille ne mange plus. Elles acquièrent ainsi un grand pouvoir de manipulation sur l'ensemble du groupe familial, elles peuvent en arriver à régir tout le quotidien d'un groupe de personnes à travers leurs attitudes et comportements. Qui plus est, elles découvrent le plaisir immense que l'on peut avoir à se dominer soi même, autre forme d'exercice de pouvoir dont elles sont extraordinairement fières. En s'abstenant de manger elle se sentent très fortes. Et en même temps, très souvent elles sont obsédées par la nourriture : elles font la cuisine, lisent des recettes. Si tout cela se prolonge, elles se retrouvent en psychiatrie et parfois hospitalisées. Dans les cas les plus graves, elles peuvent se laisser mourir. Le désir de départ était celui d'un corps mince, comparable au modèle valorisé par la société. Cela dégénère en véritable maladie du comportement. Les modes pour jeunes et les images présentées dans leurs magazines ne font rien pour changer le modèle. Cet engrenage anorexique existe aussi chez des jeunes femmes établies dans une vie familiale, avec des conséquences que l'on imagine. Il y a quelques mois un reportage télévisé montrait une jeune mère de deux enfants en parcours anorexique. Elle finissait par terroriser et démolir son couple et ses enfants. Ce qui m'a le plus frappée c'est qu'on la montrait dans son rituel du soir : en se couchant elle prenait sa tension. Avec un certain triomphe et une grande auto satisfaction elle remarquait : « 3/6, c'est presque incroyable, il y a des gens qui ne survivent pas à ce stade ! ». Elle avait encore gagné un pari étrange avec son corps.

Car les conséquences peuvent être graves pour l'ensemble de la société : ces jeunes filles se préparent des ostéoporoses à 40 ans, auront des problèmes de fécondité, et si elles arrivent à une grossesse, celle-ci pourrait mal se passer : c'est à l'adolescence que les corps se construisent et préparent leur rôle biologique, en fabriquant à cet effet, du gras. Cette graisse s'étale et se résorbe en grandissant : les jeunes mammifères, y compris les petits d'humains, sont enrobés jusqu'à la fin de l'adolescence. Une expression anglaise souligne bien ce fait en parlant, pour les enfants, de leur période de « graisse du chiot » (puppy fat).

Nous sommes dans une position contradictoire : au sein d'une société d'abondance alimentaire nous devons refuser de la nourriture si nous voulons nous conformer à une certaine idée de la « réussite » personnelle et sociale. Et là, apparaissent surtout parmi les plus jeunes d'entre nous, des désordres qui affectent à la fois la société dans son ensemble et nos corps de femmes : anorexie, boulimie, obsession sur des régimes, obésité. Ces phénomènes sont presque inexistantes dans d'autres cultures de la planète, mais ils ont pris chez nous des proportions très alarmantes. Car poussée jusqu'au bout, la logique du corps mince, devient celle du corps léger, du corps "pur" : manger devient un acte obscène. Ce glissement vers un désir constamment dominé de nourriture, ou non dominé mais où l'on rejette physiquement ce que l'on a avalé (boulimie - vomissement), cet usage de la





nourriture en période de pléthore pour exprimer un mal être, est caractéristique de nos sociétés industrielles.

## 6- Des régimes

Nous sommes en présence aujourd'hui de générations de femmes de plus en plus préoccupées par l'apparence de leur corps, fruit à la fois d'un modèle ambiant sur lequel nous reviendrons, et d'un discours médical pas toujours bien formulé ni bien perçu. Il accompagne logiquement l'esthétique du corps léger, donc beau, donc désirable, corrélé à l'émergence d'un narcissisme croissant, un amour de l'image de soi, de son propre corps que l'on va modeler à son gré, pour que l'image que nous renvoie le miroir corresponde aux critères esthétiques établis par notre système culturel.

La population en général, mais féminine en particulier, souffre du désir ou de la pratique d'une alimentation « diététiquement TROP correcte ». Les adeptes d'une image corporelle aux normes minceur (qui peuvent utiliser l'argument santé pour masquer l'argument narcissique) ont une nouvelle manière de se nourrir. Elles décortiquent les tables de composition de chaque produit, la préparation du repas ne recouvre plus des envies mais des impératifs nutritionnels. Le poisson par exemple n'est pas quelque chose qui a bon goût, mais du phosphore et des oméga 3, un plat délicieux n'est plus qu'une masse de protéines, de fibres et de vitamines...

Tout ceci va de pair avec les préoccupations majeures que sont aujourd'hui le maintien de la santé, de la forme et l'activité physique. D'un désir d'éternelle jeunesse qui viendrait remplacer l'idée religieuse de salut pour la vie éternelle ? Il nous faut un corps léger, de forme mince, sain, et jeune jusqu'à 120 ans.

Est-ce une nouvelle conception de l'immortalité ?

Une récente enquête<sup>8</sup> indique que 75% des Françaises entre 18 et 65 ans ont fait et font encore des régimes pour maigrir. C'est considérable et certainement excessif. Encore une fois, l'obésité ni même le surpoids ne touchent plus de 10 à 15% (selon certains, 18%) de la population (ce qui est d'ailleurs bien suffisant !).

Cette même enquête nous apprend que 78% des femmes entre 18 et 24 ans pensent qu'être minces est une obligation pour se sentir « normales ». Et les deux tiers des femmes qui ont un poids normal se trouvent trop grosses et voudraient perdre 5 kilos. Enfin, la moitié des femmes ayant des Indices de Masse Corporelle normaux ont fait des régimes pour maigrir. En fait, ce ne sont pas les plus opulentes qui veulent faire des régimes, mais « les normales » ! Ajoutez à cela que 83% des femmes entre 18 et 65 ans sont insatisfaites de leur corps, de leur silhouette et nous voilà devant un tableau bien sombre sur le moral des femmes.

Comment se fait-il que presque toutes les femmes disent vouloir perdre des kilos, ceci à des périodes stratégiques de l'année, annoncées et bien visées par les magazines : avant les vacances pour se montrer en maillot, après les agapes de fin d'année pour se préparer à faire un régime pour se mettre en maillot, avant les vacances d'hiver pour aller se mettre

---

<sup>8</sup> Estelle Masson, *Enquête de l'OCHA 2003*,



en maillot dans des pays au soleil, en fait, tous les moments sont bons pour recommander un régime, cela fait vendre.

Par ailleurs, un corps léger est vu comme l'acquisition d'une plus grande efficacité sociale, une condition de performance et de vitesse. Comme dit mon collègue Jean Pierre Corbeau, les très jeunes femmes en arrivent à développer une maigreur de « *surconsommation médiatique* ».

Mais, dans le vrai quotidien des femmes, quel est le « *signal d'alarme* » qui entraîne un régime amincissant ? Le plus souvent, c'est quand on ne rentre plus dans ses vieux jeans. Estomac comprimé, boutons qui craquent à la taille, difficultés à s'asseoir suffisent à engendrer une soudaine aversion du soi, on se voit énorme, on ne veut même plus se regarder dans la glace, on est sur le chemin de l'obésité ! Seule solution : régime immédiat. La majorité des femmes qui font un régime n'ont pas besoin de le faire, et il faut savoir qu'au bout du compte près de vingt pour cent d'entre elles finissent avec un poids supérieur à celui qu'elles avaient quand elles ont commencé !

Les habitudes de vie et les regards que l'on porte sur soi ont beaucoup changé en une génération. Aujourd'hui, une jeune femme de 25 ans aura fait 5 fois plus de régimes amincissants que sa mère de 55 ans<sup>9</sup> ...Et on commence de plus en plus tôt. Certaines mères ont également tendance à voir leurs enfants plus gros qu'ils ne le sont, et touchés par le discours médiatique et médical, vont mettre leurs filles en particulier, au régime à des âges où elles sont en train de se construire leur corps de femmes et futures mères. Ce faisant, en conférant à leurs enfants leur propre obsession de la nourriture et du « *nutritionnellement correct* », elles encouragent sans doute des dérapages possibles chez certains, qui compenseront et développeront des pathologies nutritionnelles. Les filles se mettront au régime toutes seules, consultant les amies ou les magazines pour diverses recettes minceur.

Un de mes étudiants préférés, jeune sociologue, étudie les jeunes femmes qui font des régimes. Il m'apprend des choses alarmantes : il semble que le premier régime se fait avec des médicaments. On trouve un médecin qui vous prescrit des amphétamines, cela coupe l'appétit, cela marche très bien et très vite et en quinze jours, fini les kilos en trop. Outre que cette pratique est aujourd'hui rigoureusement interdite et que ceux qui prescrivent ce genre de médicament se mettent dans l'illégalité, elle initie, comme tout régime trop brusque et draconien, un cycle infernal d'où l'on ne revient pas : le fameux « *yoyo* ». En effet, lorsqu'on arrête un régime amaigrissant et que l'on reprend ses habitudes, on reprend aussi ses kilos, en rajoutant un peu. Ce qui va engendrer un autre épisode de régime, et reprise de poids à la fin, chaque fois un peu plus de poids, Jusqu'au moment où, biologiquement, on ne peut plus revenir en arrière : le corps refuse de perdre du poids au-delà d'un seuil qui se situera bien au dessus de la minceur. On conçoit bien que dans ces cas on peut parler d'une « *carrière* » de régimes qui peut durer toute une vie et rendre les femmes malheureuses, insatisfaites et obsédées par les kilos durant toute leur existence.

---

<sup>9</sup> voir enquête OCHA.



## 7- Un corps pur et le gras qui tue

On va donc faire un petit régime : pour la plupart d'entre nous, on pense savoir faire, entre les conseils diététiques des magazines, et les avis des parents et amies, on restreint la teneur de nos repas, on enlève le gras et le sucre, on fait tout cuire à la vapeur. Pendant le régime on ne sort pas au restaurant, on évite les occasions de convivialité, et on ne parle que de ça avec les amies. Le mari ou le compagnon ne sont pas souvent concernés, et souvent nous ne les croyons pas quand ils disent qu'ils nous aiment comme on est. La vie commence à devenir un exercice d'ascèse. Au bout de quelques semaines, l'euphorie : on peut remettre le vieux jean ! A part nous, l'entourage familial n'a pas l'air de s'en rendre compte. Cela ne fait rien, cela nous fait du bien à nous, dans notre tête. Et dans quelques mois, tout recommence.

Lorsqu'on est entré dans la carrière régime, on développe ce qu'on appelle en sciences sociales, des « représentations » : des idées et des images sur les aliments et leurs effets. Par exemple l'horreur et la méfiance profonde du gras, comme du sucre, les premiers coupables. Pour les attaquer on voit dans l'acidité l'antidote idéal, le parfait anti-gras, sensé le dissoudre et l'annihiler par sa sensation astringente et râpeuse. JP Corbeau l'a longuement commenté et détecté. Le cornichon (entre autres) fait office de « tampon à récupérer » du dedans, et de plus il ne contient presque pas de calories.

Quand on a faim, on boit de l'eau ! on l'a bien vu à la télé ! L'eau est un partenaire dans la lutte contre les kilos, elle nous fait « éliminer » (quoi au juste ?) Nous la voyons en fait comme un agent nettoyeur, purificateur de l'intérieur, abolisseur de tout gras répugnant. En fait, elle remplit l'estomac et coupe très momentanément la sensation de faim.

On ne voit plus son corps que comme une sorte de tube qu'il faut bien nettoyer, où les aliments ne doivent que passer rapidement, le laissant d'une pureté parfaite, et dont la minceur propre devient le nec plus ultra de la beauté.

Les très jeunes ne sont pas les seules à avoir cette vision du corps composé de tuyaux à décrasser et de chasse au gras qui tue.

Nutritionnistes ou diététiciens sont là aussi pour donner des conseils, mais tout le monde ne va pas les consulter. Et ils diront tous qu'en fait de régime, on aurait plutôt intérêt à réapprendre à manger raisonnablement, à développer de nouvelles habitudes qui seront intériorisées. Dans certains cas même, des femmes qui étaient en pleine carrière amaigrissante sans succès, ont maigri lorsqu'elles ont arrêté le « régime » et se sont mises à manger normalement.

Une trop grande obsession nous entraîne à voir notre corps plus gros qu'il n'est, les images sont déformées par notre pensée. Les critères que nous invoquons pour justifier nos efforts ne sont pas tous bons, et l'idée de santé a souvent bon dos. Certaines d'entre nous se fixent des buts impossibles à atteindre, et emplissent leur vie de préoccupations que je n'oserais pas appeler futiles car elles font réellement souffrir. Toute cette énergie et cette volonté pourraient peut être s'orienter vers quelque chose de plus satisfaisant ?

Comment se fait-il que tant d'entre nous aient perdu leur référence interne de seuils de faim et de satiété ? Ce signal naturel qui vous fait sentir que le corps a suffisamment engrangé de nourriture ou au contraire qu'il en a besoin. S'est-il perdu dans la cacophonie ambiante de conseils, informations diverses et contradictoires ? L'absence de ces



références basiques font de bien des jeunes femmes la proie des images, donc des créateurs de modèles, et elles fondent leur être sur l'amour de leur corps et le contrôle qu'elles entendent exercer sur lui, cela est d'autant plus facile que les modèles sont efficaces parce qu'impersonnels, où chaque femme peut imaginer se projeter.

## 8- Eloge de la gourmandise

Il faut dans l'existence des petits moments de bonheur et de plaisir partagés. Que nous soyons minces ou pas, il est des instants où gratifier son sens du goût est bon pour la santé, bon pour la tête, bon pour la vie. Comme le rire est une bonne thérapie, la gourmandise (attention, pas la goinfrerie !) peut l'être aussi, quand on sait la mesurer. Elle fait intimement partie du partage convivial autour d'un repas, d'une nourriture, c'est une des spécificités humaines. Je ne résiste pas à la tentation de vous faire lire deux textes de Brillat Savarin, qui mieux que quiconque a su parler des femmes et de la table :

« Rien n'est plus agréable à voir qu'une jolie gourmande sous les armes : sa serviette est avantageusement mise ; une de ses mains est posée sur la table ; l'autre voiture à sa bouche de petits morceaux élégamment coupés, ou l'aile de perdrix qu'il faut mordre ; ses yeux sont brillants (sic) ses lèvres vernissées, sa conversation agréable, tous ses mouvements sont gracieux ; elle ne manque pas de ce grain de coquetterie que les femmes mettent à tout. Avec tant d'avantages elle est irrésistible ; et Caton le censeur lui même se laisserait émouvoir ».

« Le penchant du beau sexe pour la gourmandise est chose qui tient de l'instinct, car la gourmandise est favorable à la beauté. Une suite d'observations exactes et rigoureuses a démontré qu'un régime succulent, délicat et soigné, repousse longtemps et bien loin les apparences extérieures de la vieillesse. Il donne aux yeux plus de brillant, à la peau plus de fraîcheur et aux muscles plus de soutien ; et comme il est certain, en physiologie, que c'est la dépression des muscles qui cause les rides, ces redoutables ennemies de la beauté, il est également vrai de dire que, toutes choses égales, ceux qui savent manger sont comparativement de dix ans plus jeunes que ceux à qui cette science est étrangère. »<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Brillat Savarin A. « Physiologie du goût », A.Sautelet et Cie. Paris 1829 pp299-301.



## **An apple a day keep the doctor away : Prendre en charge l'adolescent en surpoids en le mettant au centre d'un programme de santé publique ?**

Dr E. FEUR<sup>11</sup>

Prévention Obésité 94 est un dispositif de dépistage et de prise en charge des adolescents en surpoids, implanté dans le Val de Marne.

### **1- A l'origine de ce dispositif, on trouve un constat et des objectifs partagés.**

Le constat est celui de la prévalence du surpoids en Val de Marne, objectivée en 1998<sup>12</sup> dans la population des collégiens et lycéens de ce département : 13% sont en surpoids, les plus jeunes, âgés de 10-12 ans, sont les plus concernés : 18% sont en surpoids dont 3% sont obèses.

Les objectifs partagés sont ceux de professionnels de la santé, de l'éducation et de l'activité physique. Ils se sont associés, avec le soutien de leurs institutions respectives, pour élaborer une réponse à la question de l'obésité des adolescents dans ce département.

Différentes réponses ont été élaborées : certaines ont une visée strictement préventive et s'adressent aux jeunes, quelle que soit leur corpulence. Elles seront évoquées lors de la 6<sup>ème</sup> journée de médecine et santé de l'adolescent.

Prévention Obésité 94 s'intéresse aux jeunes déjà en surpoids.

### **2- Il s'agit d'un programme de santé publique qui organise dépistage et proposition de prise en charge**

Il s'agit d'un programme de santé publique qui organise dépistage et proposition de prise en charge de telle façon que chaque adolescent concerné puisse en bénéficier, sans discrimination financière. On sait en effet, que l'obésité est un enjeu de société dont les plus vulnérables socialement font particulièrement les frais<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Direction de la prévention et de l'Action Sociale – 38 rue Saint Simon – 94011 CRETEIL Cédex

<sup>12</sup> Feur E, Michaud C, Boucher J et col..Obésité des adolescents dans trois départements français : modes de vie, précarité et restauration scolaire. BEH 2003 ; 18-19 : 85-87.

<sup>13</sup> Guignon N, Badeyan G. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Drees, Etudes et Résultats, 2002 n°155.



Le Val de Marne est un département de 1,2 millions d'habitants. Une génération scolarisée en collège compte environ 13.000 enfants. De façon pragmatique, le programme est organisé au premier chef au bénéfice des élèves de 5<sup>ème</sup>, pour les raisons suivantes : d'une part l'obésité y est plus fréquente que chez leurs aînés, d'autre part, ils bénéficient tous d'une visite de santé scolaire, enfin on trouve dans un collège à la fois des professionnels de santé et des professionnels de l'activité physique ; chaque enfant est assuré de rencontrer ces derniers deux fois par semaine.

Conçu en 2000, expérimenté en 2001, Prévention Obésité 94 concerne depuis 2002 l'ensemble des classes de 5<sup>ème</sup> du département. En 2003, ce programme s'est enrichi d'une proposition de prise en charge collective, développée hors collège, sous la forme d'Ateliers pratiques, relevant de l'éducation thérapeutique. Accessibles aux jeunes dépistés dans le cadre scolaire comme aux jeunes patients des médecins traitants, ces Ateliers renforcent le volet « prise en charge » du dispositif et les ponts entre démarche de santé publique et prise en charge individuelle. L'ensemble du dispositif est accompagné d'une politique de communication ciblée auprès des professionnels concernés dans et hors collèges, comme auprès des familles.

Les objectifs de prise en charge s'articulent autour de deux idées centrales simples :

- Permettre à un adolescent en surpoids de retrouver des repères nutritionnels et d'activité physique conformes aux besoins de son âge, dans sa vie et son environnement de tous les jours
- Ne pas omettre de repérer et traiter les co-morbidités associées.

Le premier objectif implique une démarche éducative, des objectifs comportementaux et donc l'adhésion centrale de l'enfant ; le deuxième, suppose une demande de soins de la part de l'enfant et une réponse médicale adaptée. Prévention Obésité 94 s'efforce d'articuler ces deux objectifs de la manière suivante dans et hors collèges.

### **3- Dans les collèges**

Le dépistage est réalisé par les infirmières, la prise en charge mobilise autour de l'enfant, l'infirmière, le professeur d'Education Physique et Sportive (EPS) et le médecin de santé scolaire.

La proposition de prise en charge est présentée à tous les jeunes obèses et proposée aux jeunes en surpoids qui expriment souffrance et motivation à une prise en charge. Elle comprend un bilan initial partagé (jeune, famille si elle est là, professeurs d'EPS, médecin) dans lequel le point de vue du jeune est central, puis l'élaboration d'un projet de changement autour d'objectifs simples, réalistes et mesurables. Le professeur d'EPS est informé de la motivation de changement de l'enfant et est invité à le soutenir ; l'enfant et sa famille sont invités à consulter leur médecin traitant. Un bilan identique est réalisé en fin d'année. Entre ces deux bilans, l'enfant est invité, s'il le souhaite, à rencontrer l'infirmière à deux reprises.

Conformément aux objectifs, l'évaluation du dispositif porte sur la motivation et la satisfaction de l'enfant, les changements comportementaux et la prise en charge médicale



d'éventuelles co-morbidités. Ce protocole a été expérimenté en 2001, la proposition de prise en charge était alors faite à tous les élèves en surpoids ou obèses. **Les principaux résultats** de cette étude d'intervention **sont les suivants** :

3-1 En classe de 5<sup>ème</sup>, dans le Val de marne, un jeune sur cinq (22%) est en surpoids ou obèse, et ce, d'autant plus qu'il est scolarisé en ZEP.

Le dépistage portait sur un échantillon de 2261 élèves. Vingt deux pour cent des enfants ont un poids excessif : 15% ont un surpoids et 7% sont obèses. Surpoids et obésité sont toujours et significativement plus fréquents chez les élèves fréquentant un établissement situé en ZEP (29%) que hors ZEP (20%).

3-2 Peu de jeunes refusent la proposition d'aide (8%) ; la majorité de ceux qui l'acceptent élaborent un programme de changement (78%).

Trois jeunes sur quatre (72%) ont accepté la proposition de prise en charge. Ceux qui l'ont refusée (8%) ou ont été exclus par le médecin scolaire (8%) avaient un IMC moins élevé que ceux qui ont accepté la prise en charge. L'absence d'information pour les 12% restant, semble liée à la présence et à la disponibilité du personnel de Santé scolaire.

La majorité (78%) des jeunes qui ont accepté la proposition de prise en charge ont construit un programme de changement. Les jeunes moins compliants à la prise en charge (22%) ne sont ni plus ni moins « gros » que ceux qui l'ont acceptée, mais ils sont plus souvent scolarisés en ZEP (50% vs 27%) et disent moins souvent souffrir des moqueries de leurs pairs (9% vs 28%).

3-3 A l'issue d'un suivi de 6 mois au collège, il apparaît que changer son alimentation a été plus facile que réduire sa sédentarité.

Si une majorité de jeunes disent avoir modifié leur alimentation en réduisant grignotages (65%) et/ou taille des portions (50%), 46% seulement disent avoir diminué leur sédentarité. Les parents sont mieux armés pour aider leurs enfants à mieux manger (70%) qu'à plus bouger (40%). Il arrive même que la famille ne s'implique pas dans le projet de changement de l'enfant. C'est ce que perçoit un enfant sur cinq.

3-4 Le recours au médecin traitant est faible (35%), mais lié à des souffrances avérées.

Parmi les jeunes qui ont accepté la proposition d'aide, trois sur quatre (76%) ont pu donner le nom de leur médecin et plus d'un tiers (35%) disent l'avoir consulté. Le recours au médecin traitant est lié à des souffrances avérées, physiques : irritations dermatologiques (70%), douleurs lombaires (54%), à une réelle obésité (51%), à une souffrance psychologique associée à une dépréciation par les pairs (46%), ou à de probables troubles du comportement alimentaires (44%). Il n'est lié ni à une dyspnée d'effort ni à une hypertension artérielle. Dans cette classe d'âge, le recours au médecin ne



dépend ni du sexe de l'enfant, ni d'une histoire familiale d'obésité ni de la scolarisation en ZEP.

**3-5 Un programme encourageant pour les enfants, à hauteur des occasions de dialogue aménagées avec eux ; des effets favorables sur la corpulence des jeunes obèses.**

Si 8 jeunes sur 10 se sont sentis motivés et/ou aidés par ce dispositif, 60 à 74% des jeunes, selon les personnes dont ils ont perçu le soutien, disent même qu'il les a franchement aidés. Le soutien explicite du professeur d'EPS, quoique rarement perçu, est particulièrement plébiscité (74%).

En fin d'année, si 5% des jeunes initialement en surpoids ont franchi le seuil d'obésité, 19% n'ont plus de surpoids et 30% des jeunes initialement obèses ont ramené leur corpulence à un simple surpoids.

#### **4- Hors collège, des Ateliers pratiques soutiennent la prise en charge thérapeutique et éducative des jeunes en surpoids**

**4-1 En 2003-2004, une dizaine d'Ateliers « Manger mieux, Bouger plus : des plaisirs qui s'apprennent ! » proposent une prise en charge éducative collective.**

Elle concerne des jeunes de 11 à 14 ans, dont l'excès de poids nécessite une prise en charge thérapeutique établie avec le médecin de famille ou l'équipe de santé scolaire, motivés à une démarche de changement.

Organisés dans des lieux non médicalisés (Centres sociaux, Maisons de jeunes, gymnases..) ces Ateliers sont animés par un éducateur, une diététicienne, un professeur d'EPS. Les objectifs sont d'acquérir des savoirs et savoir-faire à réutiliser chez soi, dans la vie de tous les jours. Des séances sont destinées spécifiquement aux parents. On s'inspire ici des orientations actuellement proposées en matière de prise en charge de l'obésité de l'enfant : prise en charge communautaire, techniques cognitives et de résolution de problèmes...<sup>14, 15</sup>.

**4-2 Les premiers éléments d'évaluation de ces Ateliers laissent supposer qu'ils répondent particulièrement au problème de l'obésité dans les familles dont l'environnement de vie est difficile.**

Ils répondent probablement aussi à la souffrance psychologique de bon nombre de jeunes en surpoids. En témoignent le nombre d'inscrits et le fait que les jeunes s'inscrivent souvent de leur propre chef.

---

<sup>14</sup> Sumerbell CD, Ashton V, Campbell KJ and all. Interventions for treating obesity in children (Cochrane review). The Cochrane library, Issue 1, 2004.

<sup>15</sup> Expertise collective-Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant. INSERM, 2000.





Chaque Atelier comprenait 14 séances éducatives consacrées alternativement à l'apprentissage collectif de savoirs et de savoirs faire pour Manger mieux et Bouger plus ; 3 séances étaient destinées aux parents.

**Recrutement : 158 enfants se sont inscrits, 20% via leur médecin traitant.**

Cette prise en charge éducative leur a été proposée par le service de santé scolaire pour 57% d'entre eux, leur médecin traitant pour 20% d'entre eux; les derniers (23%) ayant été informés par le bouche à oreille, l'affichage dans un centre médical, social... Les jeunes, âgés en moyenne de 12,5 ans, étaient majoritairement des filles (68%).

Participation : 76% des jeunes engagés dans les Ateliers y ont participé régulièrement. La proximité domicile-Atelier est un critère vite décisif : 39 jeunes ne se sont pas présentés lors de la première réunion ou ont vite renoncé, essentiellement pour des difficultés d'acheminement, lorsqu'ils n'habitaient pas dans la ville-Atelier, ou faute d'une motivation suffisante. Parmi les 119 enfants qui se sont réellement engagés dans les Ateliers, 90 (76%) y ont participé de façon assidue et 29 (24%) plus irrégulièrement, essentiellement lors des séances Bouger plus.

**Conclusion**

Quand un adolescent sur cinq en collègue est en surpoids ou obèse, organiser la prise en charge de ceux qui sont obèses et/ou souffrent déjà de leur surpoids requiert imagination et complémentarité entre professionnels et institutions. Les besoins et les demandes des familles ne sont pas uniformes et nécessitent des réponses diversifiées. Le Programme Prévention Obésité 94 adopté en Val de Marne s'efforce d'offrir et d'articuler des réponses complémentaires à un problème de santé et de société.





# Une faim d'adolescence : envie, rage et frustration...

L'adolescence serait-elle une plaie, une béance ? L'adolescent a faim, il est en manque. Il veut saisir, absorber, consommer ce monde excitant, plein de tentations. Tenaillé par une sexualité aux aguets, l'adolescent est envie, une envie tournée vers des objets qui semblent s'offrir mais souvent se dérobent. Comment vivre avec cette part désirante de soi-même, tolérer cette incomplétude nouvelle ? La frustration n'est définitivement plus une valeur éducative, la satisfaction devient en revanche une valeur sociale. L'enfant est volontiers comblé, transformé en enfant roi dont le désir apparaît souverain. Et voici soudain que le corps pubère réclame son dû : l'adolescent doit s'accommoder d'une frustration difficilement tolérable, celle de ne pas trouver aussitôt un objet d'apaisement. Sera-t-il tenté de construire une carapace musculaire de protection, véritable clôture identitaire ? Etouffera-t-il sa rage dans un débordement orgiaque ? Se tournera-t-il vers un substitut de bouche que son entourage lui propose complaisamment ?





## Le déchaînement boulimique

Dr D. MIOCQUE<sup>16</sup>

La boulimie est un trouble du comportement alimentaire reconnu en psychiatrie depuis plus d'un siècle. Lasègue en 1873 évoquait déjà ce « faux appétit impérieux », à l'inverse de l'anorexie mentale. Il faudra cependant attendre la fin des années 70 pour que la boulimie (*bulimia nervosa*, par analogie avec *l'anorexia nervosa*) soit individualisée par Russell (1979) comme une entité nosologique autonome, avec ses trois caractéristiques cliniques fondamentales :

- les crises de boulimie qui traduisent une pulsion irrésistible et impérieuse à manger avec excès
- des stratégies de contrôle du poids (vomissements et/ou prise de purgatifs)
- la peur morbide de devenir gros

Ces critères cliniques seront complétés dans le DSM-III-R et le DSM-IV par la fréquence et la persistance des crises dans le temps

### Critères du DSM-IV (1994)

A- Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

\* (1) absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances

\* (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

B- Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

C- Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.

D- L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E- Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

---

<sup>16</sup> Institut Marcel Rivière – rue Montfort – 78320 LA VERRIERE



## 1- Epidémiologie

Les études épidémiologiques les plus récentes (Garner et Garfinkel, 1997 ; Kendler, 1997) montrent une prévalence de la boulimie comprise entre 1 à 3 % de la population générale, avec une large prédominance féminine (sex ratio : 3/10). Ces études révèlent aussi la fréquence des formes subcliniques qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques de la boulimie (prévalence de 1 à 3 %) et dont l'évolution est mal connue. On estime que seulement 10 % des patientes qui se disent boulimiques ont les critères de la boulimie selon le DSM-III-R ou le DSM-IV.

Si l'on tient compte des critères du DSM-III-R, la prévalence de la boulimie dans la population générale française adolescente et adulte jeune est de 1,1 % chez les filles et de 0,2 % chez les garçons (Flament, 1995) et la boulimie débute en moyenne à 19 ans (Aimez et Michaut, 1986).

## 2- Clinique

L'accès boulimique est organisé d'une façon stéréotypée, voire ritualisée, avec un déclenchement brutal et impérieux. Il se déroule d'un seul tenant jusqu'au malaise physique ou au vomissement, en cachette, souvent en fin de journée, lorsque le patient se sent seul et isolé, ou bien au décours d'un sentiment de frustration intolérable. Il consiste en l'ingurgitation, massive, quasi-frénétique, d'une grande quantité d'aliments dont le volume et le caractère bourratif priment sur la qualité et le plaisir. L'accès est le plus souvent suivi de vomissements qui sont d'abord provoqués et deviennent rapidement automatiques. Les patients décrivent toujours à la fin de l'accès un sentiment de honte, de dégoût de soi et de remords, qui ne font que renforcer le sentiment de solitude du sujet. On devine aisément dans cette description clinique la violence de la conduite et le déchaînement pulsionnel présents chez ces patients. Malgré la perception du caractère anormal de la conduite, le malaise va être vite annulé et la conduite boulimique va reprendre, plus ou moins rapidement, parfois jusqu'à une vingtaine de crises par jour, réalisant un véritable état de mal boulimique.

Le repérage diagnostique de la boulimie est souvent tardif car il s'agit, à l'inverse de l'anorexie mentale, d'une conduite cachée, solitaire, accompagnée d'un sentiment de honte qui rend la demande d'aide difficile, en particulier chez les hommes (Carlat et Camargo, 1991). Les patients arrivent donc en consultation après un délai d'évolution de plusieurs années, alors que les conduites boulimiques se sont renforcées, entraînant un véritable « enchaînement » à la conduite boulimique, une dépendance, et un appauvrissement de la vie psychique, relationnelle, affective avec parfois des conséquences somatiques irréversibles. La conduite boulimique est alors souvent devenue « *cette voie finale commune de décharge de toutes les excitations* » (Brusset, 1983).

## 3- Eléments psychopathologiques

Le développement de l'être humain se fait autour de deux axes principaux (Jeammet, 1991) : le premier axe est pulsionnel et objectal, fait des relations entre l'individu et ses



objets d'investissements, et donnera naissance aux assises auto-érotiques et aux identifications. Le deuxième axe est celui de l'autonomie, faisant référence au narcissisme, par lequel le sujet assure son identité et sa continuité, maintient ses limites, et affirme sa différence par rapport à ceux qui l'entourent. Ce deuxième axe se maintient d'autant plus facilement que le premier se met en place sans conflits notables, c'est-à-dire sans que se pose trop tôt et trop massivement la question de la différence entre le sujet et ses objets d'investissements, confrontant le sujet à son impuissance à l'égard de ces objets. Si les assises narcissiques sont insuffisantes, l'équilibre narcissique interne devient tributaire de la relation aux objets externes qui viennent contre-investir une réalité interne désorganisant et permettent de maintenir la continuité du sujet, comme on le voit dans les conduites de dépendance et notamment la boulimie. Ainsi, et de façon paradoxale, « *le sujet n'est jamais autant lui-même que lorsqu'il s'est abondamment nourri des objets sans qu'il ait à réaliser les parts respectives de ce qui lui revient et de ce qui appartient à l'objet* » (Jeammet, 1991). Cela nous renvoie au concept de l'aire transitionnelle de Winnicott, aire d'illusion et de compromis, qui permet de « *maintenir, à la fois séparés et reliés l'un à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure* » (Winnicott, 1975).

Après la quiescence relative de la phase de latence, l'adolescence entraîne des bouleversements qui modifient profondément la relation du sujet à lui-même et à son entourage. En quelques mois, le sujet subit des transformations corporelles qui vont devoir être acceptées afin d'assurer une continuité du sentiment d'identité. Le corps de l'adolescent perd cette quiétude, cette capacité à être satisfait et comblé qu'il avait acquis au cours de l'enfance (Marcelli, 1990). Il perd également le sentiment d'omnipotence et la bisexualité potentielle infantile. Le sujet est désormais porteur d'un manque qui ne peut trouver son complément ni dans la personne elle-même, ni parmi les proches de la famille, en particulier la mère, comme cela était possible dans l'enfance (Marcelli, 1990). Il doit donc trouver de nouveaux objets d'identification, alors même que se réactualise la problématique oedipienne.

L'intensification de la pulsion sexuelle à l'adolescence génère une tension interne qui va nécessiter une mise à distance des objets oedipiens, sur un plan physique mais également symbolique avec la désidérialisation parentale. L'adolescent est soumis à un désir contradictoire, celui d'accéder à son autonomie sans perdre le lien avec la famille, que l'on pourrait résumer ainsi : « comment se séparer sans perdre l'objet ? » (Marcelli, 1990). Les conduites boulimiques traduisent la faillite des ressources internes mais elles ont aussi une fonction économique importante pour assurer un équilibre entre le maintien des investissements objectaux et la sauvegarde narcissique du sujet (Jeammet, 1991). Elles ont également un rôle protecteur contre les angoisses générées par l'absence de l'objet et la sensation de vide ressentie par le sujet. Enfin, elles visent à protéger le sujet contre un effondrement dépressif, la position dépressive, avec son vécu de perte et de séparation, étant difficile à élaborer du fait de l'échec des processus d'intériorisation et de la fonction anti-pensée des comportements boulimiques. La crise boulimique est un recours à l'agir, un « acte-symptôme » comme l'a défini Mc Dougall (1982) qui court-circuite l'élaboration interne et la représentation mentale et permet de lutter contre une réalité angoissante et désorganisant, où la dimension de l'envie et du désir est trop dangereuse. A travers la crise boulimique, le sujet retrouve un sentiment d'omnipotence lié à une présence toujours potentiellement accessible. Pour Mc Dougall (Fine, 1991), l'économie addictive trouve ses origines dans les premières transactions entre la mère et le nourrisson,



avec une angoisse persistante de perte de l'objet primaire, entraînant la recherche inlassable et illusoire de cet objet manquant dans le monde externe. Les objets d'addiction seraient des objets substitutifs et transitionnels car ils n'ont pas été introjectés. Ils sont également transitoires et toujours à recréer du fait même qu'ils n'ont pas été intériorisés et qu'ils demeurent en permanence en dehors du sujet, d'où la répétition des conduites.

L'accès boulimique est une conduite marquée par une violence destructrice qui s'exprime à travers le déroulement de l'accès boulimique avec attaque du corps dans ce double mouvement d'incorporation puis de rejet, et aussi dans la cruauté du regard que ces patientes portent sur elles, avec une profonde mésestime d'elles-mêmes et la permanence d'une image très idéalisée de ce qu'elles voudraient être mais qui est inatteignable. Au niveau fantasmatique, l'agressivité se porte sur les objets investis, essentiellement l'imago maternelle, mais une imago archaïque peu différenciée, personnage omnipotent dont la boulimique demeure mal différenciée. La charge agressive qui accompagne le désir a une portée trop destructive pour autoriser l'intériorisation de la relation à l'objet désiré sans risquer de le détruire (Jeammet, 1988). Le sujet a donc tendance à mettre en échec ses désirs ce qui maintient l'objet à distance et le place dans une relation a-conFLICTUELLE. La dimension d'attaque du corps ne se limite pas seulement au comportement alimentaire, mais s'étend souvent à d'autres comportements agis tels que la prise d'alcool ou de toxiques, les vols ou les tentatives de suicide, avec un fonctionnement psychique en tout ou rien qui laisse peu de place à l'ambivalence.

#### **4- Approche biologique**

Des mécanismes biologiques agissant au niveau de l'hypothalamus interviennent dans la régulation des comportements alimentaires et du poids, notamment par l'intermédiaire des neurotransmetteurs (systèmes sérotoninergiques et catécholaminergiques) (Bailly, 1991). Ainsi, la sérotonine diminue la prise alimentaire, en particulier celle des hydrates de carbone.

Dans la boulimie, on évoque surtout la participation de la sérotonine avec un déficit sérotoninergique central (Jimerson *et al.*, 1990). Le déficit en sérotonine pourrait être responsable des troubles de l'humeur et des conduites alcooliques assez habituelles sur ce terrain (la sérotonine pouvant jouer un rôle dans l'appétence à l'alcool). Enfin, la sérotonine aurait une place importante dans les comportements impulsifs auxquels peuvent être assimilées certaines formes de boulimie.

#### **5- Aspects thérapeutiques**

##### **5-1 Principes généraux**

La prise en charge d'un patient boulimique est difficile et longue. En effet, l'avidité de ces patients à l'égard du thérapeute peut faire place rapidement à la rupture lorsque la relation thérapeutique est vécue comme trop intrusive ou génère des frustrations insupportables. C'est dire l'intérêt des prises en charge pluridisciplinaires et des médiations





thérapeutiques qui permettent de maintenir une distance suffisante et rassurante entre le patient et le thérapeute.

La prise en charge des boulimiques est réalisée le plus souvent en ambulatoire. La cohérence du projet thérapeutique doit être assurée par une personne référente qui se portera garant du projet et fera le lien entre les différents intervenants.

La prise en compte de la vulnérabilité narcissique est fondamentale, avec priorité donnée au soutien narcissique dans l'accompagnement psychothérapeutique. Il faudra également tenir compte des autres diagnostics psychiatriques associés (dépression, alcoolisme, toxicomanie, trouble de la personnalité) pour orienter la prise en charge, ainsi que d'éventuelles complications somatiques (troubles hydro-électrolytiques avec hypokaliémie, complications digestives et dentaires).

## 5-2 Chimiothérapie

Les psychotropes les plus souvent utilisés dans la boulimie sont les anti-dépresseurs qui ont une action à la fois sur l'humeur mais aussi sur les sensations de faim et de satiété, la sélection alimentaire et l'impulsivité. Les études réalisées (Garner et Garfinkel, *Drug Therapies*, 1997, page 372) montrent que les anti-dépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont aussi efficaces que les antidépresseurs tricycliques. En raison de leur sécurité d'emploi et de leurs moindres effets secondaires, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont plus souvent utilisés que les tricycliques.

A court terme (8 semaines), 30 % des patients n'ont plus de crises boulimiques et au total, 70 % des patients ont une amélioration de leur comportement boulimique (Agras et al., 1992). Malheureusement, à moyen terme (4-6 mois), une rechute est observée dans 30 à 45 % des cas (Pyle et al., 1990 ; Walsh et al., 1991). Les études à moyen terme montrent également que les patientes arrêtent souvent le traitement antidépresseur en raison d'effets secondaires et/ou de leurs difficultés à suivre un traitement régulièrement.

Une seule étude a contrôlé l'efficacité de la réponse thérapeutique en fonction de la dose prescrite (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group, 1992), en comparant une faible dose de fluoxétine (20 mg/j) à une dose élevée (60 mg/j). Les résultats montrent une amélioration significative de la boulimie pour des doses élevées de fluoxétine.

Lorsque le traitement antidépresseur est efficace, il est nécessaire de le maintenir pendant une certaine durée (au moins 4 à 6 mois voire plus longtemps) pour prévenir une rechute.

Des études ont comparé l'efficacité des antidépresseurs seuls, à celle de la psychothérapie ou de l'association antidépresseur-psychothérapie. Les résultats montrent une plus grande efficacité de la prise en charge psychothérapeutique de type cognitivo-comportementale par rapport à un traitement anti-dépresseur seul. La combinaison des deux approches apporte des bénéfices thérapeutiques modestes (Mitchell et al., 1990 ; Agras et al., 1992).

Peu d'études se sont intéressées à la prescription des thymorégulateurs (carbamazépine et acide valproïque). Il semble qu'ils puissent être utiles en cas de troubles de l'humeur à variations thymiques importantes qui vont favoriser la poursuite de la boulimie.

En ce qui concerne la prescription d'anxiolytiques, peu d'études ont été réalisées, alors que l'anxiété est un élément important dans le déclenchement des crises de boulimie. La prescription des benzodiazépines est plutôt à éviter en raison du risque de dépendance et de la fréquence des tentatives de suicide chez les boulimiques.



Dans notre expérience, l'utilisation d'un neuroleptique atypique (olanzapine par exemple) dans les tableaux d'angoisses massives ou de structure de la personnalité de type état-limite a permis une amélioration clinique significative, avec réduction des crises.

### 5-3 Psychothérapie

La psychothérapie est largement utilisée dans la boulimie et les pratiques psychothérapeutiques sont variées. Il s'agit le plus souvent de psychothérapies d'inspiration psychanalytique ou de psychothérapies cognitivo-comportementales. Les cures psychanalytiques classiques sont plus rarement utilisées et comportent alors un aménagement du cadre comme dans la prise en charge des états-limites.

### 5-4 Approche nutritionnelle et diététique (Handbook of Treatment for Eating Disorders, Garner et Garfinkel, 1997, page 178)

L'approche nutritionnelle et diététique est souvent très utile pour modifier les peurs et les idées fausses des patients autour de l'alimentation et du contrôle de leur poids. L'une des croyances erronées est que le trouble du comportement alimentaire est lié en premier lieu à la crise boulimique alors que le *primum movens* semble plutôt être la restriction alimentaire majeure que les patients s'imposent pour contrôler leur poids, avec succession de restrictions alimentaires et de crises boulimiques responsables d'une alimentation très anarchique.

L'approche nutritionnelle et diététique doit aider les patients à réguler leur alimentation par la planification des repas, la réintroduction progressive des aliments qui leur font peur et qu'ils s'interdisent (sauf lors des crises de boulimie), avec diversification de l'alimentation. L'utilisation d'un carnet alimentaire leur permet de retrouver un certain contrôle de leur alimentation, avec le soutien d'un tiers. Il faut proposer aux patients de partager leurs repas avec des proches, dans des lieux variés, afin de réintroduire la dimension sociale et conviviale des repas. Il faut enfin les déculpabiliser sur des rechutes éventuelles qui font partie intégrante du processus thérapeutique.

### 5-5 Approche corporelle

La relaxation individuelle ou en groupe est une médiation thérapeutique intéressante. Elle favorise la détente, l'émergence de sensations corporelles rassurantes et un investissement corporel revalorisant. Elle peut aussi faciliter la verbalisation et l'engagement ultérieur en psychothérapie.

### 5-6 Groupes de parole

L'approche groupale (groupes de parole, groupes d'entraide entre patients) est souvent très utile dans la boulimie, comme dans la plupart des pathologies narcissiques et les conduites d'addiction.

Elle permet aux patients de rompre l'isolement dans lequel ils se sont enfermés et favorise une relation d'entraide étayante. Elle permet une identification à d'autres patients qui n'en sont pas au même stade évolutif avec un partage des expériences.



## 5-7 Hospitalisation

Elle est rarement proposée dans la boulimie, en dehors des épisodes dépressifs caractérisés, des passages à l'acte graves, ou d'un envahissement boulimique responsable de conséquences somatiques sévères.

Quand elle est indiquée, l'hospitalisation est plutôt de courte durée (2 à 4 semaines), afin de limiter la dépendance institutionnelle et le risque de perversion du cadre par des transgressions multiples. Elle peut s'envisager sur un mode contractuel, avec un contrat de temps et des objectifs thérapeutiques qui vont rassurer la patiente et l'aider à trouver des repères.



## BIBLIOGRAPHIE

1. **AGRAS W., ROSSITER E., ARNOW B., SCHNEIDER J., TELCH C., RAEBURN S., BRUCE B., PERL M., KORAN L.** (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
2. **AIMEZ P., MICHAUT S.** (1986). Bulimia Nervosa in France. *Proceedings of the 15th European Conference on Psychosomatic Research*. J.H. Lacey and D.A. Sturgeon. Edit. John Libbey and Co. LTD, 153-157.
3. **BAILLY D., REGNAUT N., DANIEL T., PARQUET P.** (1991). Troubles du comportement alimentaire: des liens étroits avec la toxicomanie et certaines formes d'alcoolisme, *Annales de Psychiatrie*, 6, 1, 41-50.
4. **BRUSSET B.** (1983). *L'assiette et le miroir*, Privat, Toulouse.
5. **CARLAT D., CAMARGO C.** (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
6. **Diagnostic and Statistical Manual, Draft, 4th ed.**, Amer. Psychiat. Assoc., Washington, D.C., 1994.
7. **FINE A.** (1991). Entretien sur la boulimie avec Joyce Mc Dougall. *Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*, La Boulimie, 143-151.
8. **Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group** (1992). Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 49, 139-147.
9. **FLAMENT M.** (1995). *Epidémiologie des troubles des conduites alimentaires*, in *Epidémiologie Psychiatrique*. Ed. Upjohn.
10. **GARNER D. et GARFINKEL P.** (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
11. **JEAMMET P.** (1988). Boulimie et agressivité. Aspects psychanalytiques. Journée de Lyon, décembre 1988.
12. **JEAMMET P.** (1991). Addiction, dépendance, adolescence; réflexions sur leurs liens; conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. *Les nouvelles addictions*, Venisse J.L., Ed Masson, 2, 10-29.
13. **JIMERSON D., LESEM M., KAYE W., HEGG A., BREWERTON T.** (1990). Eating disorders and depression: is there a serotonin connection ? *Biological Psychiatry*, 28, 443-454.



14. **KENDLER K.** (1997). The genetic epidemiology of psychiatric disorders: a current perspective. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 32, 5-11.
15. **LASSÈGUE C.** (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine*, 1, 385.
16. **MARCELLI D.** (1990). *Adolescences et Dépressions*. Ed. Masson.
17. **Mc DOUGALL J.** (1982). *Théâtres du Je*. Ed. Gallimard, Paris.
18. **MITCHELL J., PYLE R., ECKERT E., HATSUKAMI D., POMEROY C., ZIMMERMAN R.** (1990). A comparison of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47, 149-157.
19. **PYLE R., MITCHELL J., ECKERT E., HATSUKAMI D., POMEROY C., ZIMMERMAN R.** (1990). Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. *American Journal of Psychiatry*, 147, 871-875.
20. **RUSSELL G.** (1979). Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
21. **WALSH B., HADIGAN C., DEVLIN M., GLADIS M., ROOSE S.** (1991). Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1206-1212.
22. **WINNICOTT D.** (1975). *Jeu et réalité*. Ed. Gallimard, Paris.





## **L'anorexie et la boulimie à l'adolescence : du besoin incontrôlable de l'autre.**

### **A propos d'une histoire clinique**

Pr J.L VENISSE<sup>17</sup>

Sylvie a 21 ans quand elle est admise dans notre Unité d'hospitalisation temps-plein spécialisée dans la prise en charge des addictions sans drogue (c'est-à-dire sans consommation de substances psycho-actives) pour un sevrage de conduites boulimiques évoluant depuis un peu plus d'un an.

Elle est déjà suivie depuis plusieurs mois de façon ambulatoire : entretiens réguliers d'évaluation et d'aide à la prise de conscience de la réalité de ses troubles, comme de son fonctionnement plus global ; parallèlement, elle a mis en place sur nos conseils un espace psychothérapeutique hebdomadaire avec un confrère libéral recommandé.

Ces conduites boulimiques se sont installées au retour d'un séjour aux Etats-Unis, effectué comme jeune fille au pair et marqué par une période d'anorexie restrictive suffisamment sévère pour avoir justifié un retour prématuré.

Ce séjour a valeur de facteur déclenchant et la manière dont Sylvie en parle permet de mesurer quel défi à l'autonomie, en une sorte de quitte ou double, il a représenté pour elle. Elle précise en effet qu'elle a dit à ses parents (qui ne croyaient guère d'ailleurs à la réalité de ce projet compte tenu du comportement antérieur de leur fille) qu'elle ne voulait pas les voir durant toute cette année passée à l'étranger, ajoutant qu'il s'agissait de « tout garder pour elle pour une fois ».

La fonction de la conduite de restriction alimentaire qui s'installe rapidement et s'associe à une pratique intensive du jogging (« quel que soit le temps ») s'en trouve éclairée du côté de « la force mentale et physique » que Sylvie dit trouver dans ces habitudes au moment où elle décide parallèlement de restreindre les échanges téléphoniques avec sa mère.

Ce besoin de maîtrise qui s'accompagne d'une idéalisation du renoncement à la satisfaction (et corrélativement d'une exigence de perfection inaccessible), n'est pas récent chez Sylvie qui dit depuis toute petite s'être « privée de certaines choses sans savoir pourquoi », notamment de bonbons lors de goûters d'anniversaire d'enfants amis.

Elle mesure à peine encore combien ce besoin de maîtrise lui sert à contre-investir et se protéger d'une demande affective et un besoin de dépendance effrayants de par leur massivité, même si elle souligne qu'elle a toujours refusé toute marque d'affection et en particulier les câlins.

---

<sup>17</sup> Service d'Addictologie – CHU de Nantes C.S.A.A 9, bis rue de Bouillé 44000 NANTES



Il est manifeste que c'est à l'occasion du déclenchement pubertaire, en classe de 4<sup>ème</sup>, que ce besoin de maîtrise s'est trouvé déplacé et fixé au niveau corporel et pondéral. Sylvie rapporte à ce propos l'installation très chaotique de ses règles, particulièrement irrégulières et la prise de quelques kilos à cette époque ; également le discours de sa mère lors d'une consultation médicale mettant directement en lien son mal-être ancien avec ses quelques kilos en trop.

A propos de ce mal-être, elle met en avant son sentiment douloureux d'inutilité, ses doutes et son incapacité à savoir ses envies et faire des choix, que la formule : « si je puis dire », dont elle truffe toutes ses phrases illustre à la perfection.

Elle s'est ainsi engagée dans des études de lettres après son Bac dont elle dit qu'elles ne lui conviennent pas, sans savoir pour autant dans quelle direction aller : « ce sont toujours les autres qui ont décidé pour moi...aujourd'hui, je me sens complètement perdue ».

Sylvie dit qu'elle a le sentiment d'être « passée à côté de sa jeunesse », restant à travailler ses cours sans relâche tous ses week-ends, pendant que sa jeune sœur « prenait du bon temps avec ses amis ».

Le rapatriement en France et le retour dans le milieu familial entraînent une bascule boulimique qui témoigne à quel point le lien à l'objet addictif (ici nourriture) est paradigmatique du lien aux objets de dépendance primaire, parentaux.

Sylvie utilise d'ailleurs les mêmes mots dans les deux cas, parlant de ce qui lui a « tellement manqué » et précise à propos de la relation avec ses parents que « maintenant (elle se) comporte comme une petite fille...(a) toujours envie d'être avec eux ». On pourrait ajouter qu'après avoir voulu « tout garder pour elle » elle se trouve obligée de rendre, et pas à n'importe qui, puisqu'elle ne vomit qu'au domicile familial (comme la plupart des patientes boulimiques).

On peut également mesurer le ressourcement narcissique que permet cette régression à un fonctionnement infantile.

A propos des passages à l'acte boulimique, Sylvie précise qu'ils ont évolué dans leur forme et leur contenu au fil de la prise en charge thérapeutique amorcée, vers une conduite beaucoup moins impulsive et beaucoup plus respectueuse d'elle-même, voire de ses goûts alimentaires (ce qui incite à s'intéresser très précisément à la sémiologie fine de ces comportements dont le terme générique de boulimie masque la grande diversité).

Elle met également en avant le vécu d'emprise et d'intrusion par rapport à sa mère, dont « les mots (dit-elle) sont comme des coups de poignard...qui font penser au suicide » (avec le fantasme associé qu'elle pourrait « éclater » en poursuivant sans limites ces crises de gavage).

Un lapsus exemplaire illustre cette problématique de l'englobement, si caractéristique des interactions mère-fille dans les pathologies alimentaires, quand Sylvie dit à propos de ses crises : « elles mettent ma mère hors de moi...hors d'elle », soulignant la fonction de





dégagement, de démarcation de la conduite addictive, quels que soient les paradoxes à l'œuvre.

En arrière plan, des impasses identificatoires se font jour, qui s'appuient sur des images maternelles et grand-maternelles particulièrement autoritaires et exigeantes, opposées à la passivité paternelle.

Cette brève vignette clinique, qui s'appuie sur l'analyse d'un entretien d'entrée et ne prend donc en compte que des données parcellaires (sans intégrer notamment d'éléments plus trans-générationnels, souvent très contributifs), permet néanmoins de mesurer la place et les fonctions de ces addictions alimentaires par rapport aux enjeux de l'étape développementale de l'adolescence.

On y retrouve en particulier cette régression vertigineuse décrite par les auteurs de « la Faim et le Corps » en 1972(6), du fait d'une incapacité à assumer ce que les transformations corporelles de la puberté impliquent de rôle génital, c'est-à-dire de réappropriation de l'histoire infantile dans un projet désormais sexué et d'acceptation de la complémentarité des sexes (1); incapacité liée à une dépressivité structurale, dépression narcissique anaclitique par défaut d'étayage, conduisant à une désaffectation du corps et à un abrasement progressif du registre pulsionnel, où refoulement, déni et clivage se conjuguent pour mettre à distance tout ce qui pourrait se trouver réactivé à un niveau oedipien et pour faire du corps et du comportement en tant qu'objets externes à l'espace psychique du sujet les dépositaires d'une haine, une envie et une agressivité non intégrables. Parallèlement cette dépressivité, qui n'est pas dépression au sens clinique du terme et ne répond guère de ce fait aux traitements anti-dépresseurs, engendre chez ces patients un vécu douloureux d'absence de contrôle de leur vie interne qui contribue à ce que la recherche de la minceur et le contrôle du poids deviennent un indicateur externe, concret, de leur niveau de contrôle d'eux-mêmes, de leur vie émotionnelle et affective.

L'absence de garanties narcissiques (c'est-à-dire de sécurité interne) ne permettant pas le travail de séparation-individuation propre à cette étape du cycle de vie et l'élaboration de l'ambivalence à l'égard des objets primaires qui l'accompagnent, la dépendance aux objets externes reste excessive et insupportable (objets primaires, objets addictifs aussi bien que stéréotypes sociaux). L'extrême ambivalence de la relation à la mère est une constante (à l'image de ce que les propos de Sylvie manifestent), souvent reliée à un investissement essentiellement narcissique de cet enfant, objet de complétude maternelle, et de ce fait barré dans sa capacité d'accéder à la génitalité; ce que certains (3) ont qualifié de défaillance du maternel, et du féminin, chez les mères de ces patients. Dans ce contexte, et dans ce va et vient désormais si fréquent en clinique entre restriction anorexique et raptus boulimique, la conduite alimentaire distordue a valeur de compromis acrobatique entre revendication d'autonomie et besoin de dépendance au prix d'un déni de la représentation de ce besoin.

A l'illusion de toute puissance que confère la restriction assumée, en tant que tentative d'affranchissement de toute dépendance, y compris au corps biologique, répond en miroir le vécu de défaite narcissique humiliante du laisser-aller boulimique, quelle que soit sa part de retrouvailles de ressentis communs et par là même bien personnels.



Bien sûr tous les degrés existent entre des formes légères ou sub-cliniques, plutôt compulsives dans la mesure où les capacités préservées d'intériorisation et de conflictualisation intra-psychique témoignent d'une certaine organisation névrotique, et les formes les plus graves dans lesquelles les dimensions impulsives et autistiques sont au premier plan.

Quelles que soient ces spécificités, on sait que la répétition de la conduite dans la durée est susceptible de réorganiser en profondeur la personnalité en construction de ces adolescents, instituant une véritable voie finale commune de décharge comportementale de la tension interne (2).

A l'inverse, la clinique nous montre quotidiennement que les ressources de ces jeunes sont quasiment illimitées dès lors que des possibilités d'étayage suffisamment fiable et prolongé (support d'intériorisation) leur sont accordées.

D'ailleurs, et ce sera ma conclusion, rien ne dit que, si Sylvie avait trouvé cet étayage auprès d'une famille américaine présente et chaleureuse (au lieu d'être exploitée outrageusement par une famille froide et distante), elle n'aurait peut-être jamais présenté les troubles ici décrits et ce malgré ses difficultés antérieures non négligeables.



## BIBLIOGRAPHIE

1. **BIRRAUX A.** : L'adolescent face à son corps. Editions Universitaires, 1990, 180 p.
2. **BRUSSET B.** : Psychopathologie de l'anorexie mentale. DUNOD, 1998, 229 p.
3. **CORCOS M.** : Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale, une passivité créative : ceci n'est pas une femme. Evol Psy, 2003, 68 p, 233 p, 247 p.
4. **CORCOS M. , JEAMMET Ph.** : Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. NERVURE, 2004, XVII, 1 p, 40 p, 44 p.
5. **IGOIN L** : La boulimie et son infortune. P.U.F, 1979, 150 p.
6. **KESTEMBERG E. et J, DECOBERT S.** : La faim et le corps. P.U.F, 1972, 301 p.
7. **MARCELLI D. et BRACONNIER A** : Psychopathologie de l'adolescent. MASSON Ed, 1988, 487 p.
8. **VENISSE J.L, MAMMAR N.** : Le concept d'addiction : actualité, intérêt, limites. SYNAPSE, 1997, 4<sup>ème</sup> T.
9. **VENISSE J.L, SANCHEZ M. et BESANCON G.** : Boulimie et psychopathie ou pathologie du caractère. Revue de France de Psychiatrie, 1989, T.7, N° hors série, 25 p, 29 p.





## **Produits de bouche et de substitution : Oralité et sexualité.**

M. LE FOURN.<sup>18</sup>

Comme le souligne l'argument du colloque, « l'adolescence serait-elle une plaie, une béance ? ». L'adolescent a « faim » de tout et parfois de rien.

Dans cette lutte entre vivre et exister, l'adolescent est clivé, en ce temps de transformations physiques et sociales, qui fait se heurter, en un même moment logique, le monde du passé et celui du devenir. En lui, il cherche à conquérir un nouvel ordre social, sans vouloir « quitter » le monde de l'enfance dont il « sait » encore se nourrir. L'adolescence reste un temps et une dynamique qui fait que le sujet oscille entre des moments de « régression » et des moments de création/imitation pour être et se sentir différent.

L'adolescent(e) a soif de rencontres d'extériorité, a faim de tout, de puissance, de découvertes. Il est « tenaillé » par une sexualité aux aguets et son « appétit » est omnipotent.

Facile me direz vous ? Peut-être, mais les expressions ont bien souvent du sens et l'alimentation est un lien qui vient bousculer inconsciemment cette construction adolescente. Elle vient interroger l'adolescence sur plusieurs points : celui de la construction du sujet, de sa commensalité, celui de la temporalité et de sa relation aux autres. « Que suis-je autorisé à faire ? , quelles sont mes capacités ? ».

### **1- Construction du sujet et transformations**

Extraordinaire et douloureux temps des transformations, l'adolescence est ce processus des transformations irréversibles. Métamorphoses qui agissent sur plusieurs axes ; son corps se transforme et cette transformation est souvent vécue comme un «risque» :

- Le risque de la ressemblance. Ressemblance à ce parent dont il cherche impérieusement à s'éloigner ? Ou au contraire qu'il aime trop.

- Mais aussi risque de la disgrâce, puisque le passage de « la chrysalide au papillon » (S. FREUD) ne sera jamais celui souhaité. L'adolescent ne ressemble jamais à celle ou celui qu'il aurait voulu être. Ne lui dit-on pas souvent « je ne t'aurais pas reconnu ! ».

- Enfin la transformation d'un corps déjà sexué ; mutation qui n'est pas toujours si facile à accepter.

---

<sup>18</sup> Marie Le Fourn, Docteur en Sociologie, Psychologue clinicienne au C.A.M.S.P.S, et au C.M.P.P. unité 4 adolescent (8 rue de la Pierre 37100 Tours). Travail en lien avec la coordination départementale en psychologie clinique de l'adolescence, C.D.P.C.A. (13 avenue de Bordeaux 37300 Joué-lès-Tours).



Ces changements lui échappent, il les subit, il ne maîtrise rien .... Il se débat et tente parfois d'appivoiser son corps à l'aide de scarifications, de tatouages... qui viennent questionner les limites de la construction de celui-ci.

Il subit cette transformation... sauf ...!

...Sauf sur un point : ce qu'il mange et ce qu'il boit ! On le lui a « rabaché » depuis qu'il est né : « mange ! Tu vas grandir », « C'est bon pour la construction de tes os », « les vitamines, ça donne une belle peau »... L'alimentation peut même intervenir sur le caractère : « les carottes, ça rend aimable », elle peut soigner grâce aux « alicaments », insécuriser (les O.G.M., la vache folle...), ou même tuer (les salmonelloses...). On devient responsable de son alimentation ! Alors il a intégré inconsciemment et la réelle transformation qu'il peut espérer maîtriser et celle de sa construction par la nourriture.

Entre construction interne et construction externe, l'aliment fait lien. Trois à quatre fois par jour, on l'a nourrit, puis il s'est nourrit. D'un rapport au monde d'auto-érotisme, de toute puissance, de dégoût, de jouissance et de désespoir, il en a compris l'importance. La bouche est un des moyens d'apprendre du tout petit ; lieu des mots<sup>19</sup> elle peut aussi être « lieu agi » à l'adolescence.

LEVI STRAUSS (1991) écrivait que « *L'on devient ce que l'on mange* » et que « *les aliments ne sont pas choisis parce que « bons à manger » mais parce que « bons à penser* ». Ici fonctionne bien évidemment les trois axes : réel, symbolique et imaginaire qui vont permettre à tout un chacun, selon sa culture et ses modèles identificatoires de s'alimenter.

La pensée magique est une part constitutive du fonctionnement mental de l'humain. Paradoxalement, avec la modernité et le contrôle, l'hyper choix, la tentation, les prescriptions en tous genres et leurs affirmations contraires, la surinformation et les démentis, la profusion ne fait que raviver ce que nous avons envie de croire et justement la croyance n'est pas toujours rationnelle. Un autre principe de la pensée magique est que « *Les choses qui ont été en contact ou de contiguïté continuent d'agir l'une sur l'autre à distance* » : « *Once in contact, always in contact* ». (FRAZER, 1890). Nous avons là l'idée de la métonymie, c'est-à-dire de celle où un élément fait totalité. Hors, c'est justement l'une des problématiques adolescente de vouloir être reconnu et se reconnaître sous un seul trait de « personnalité ». Piège de la quête de vouloir se connaître et de se rassurer pour ne pas se perdre.

Fenichel, dans son traité, parle de « *l'union d'un sujet avec un objet qui les fait devenir une même substance et fait allusion à la communion magique des primitifs, c'est-à-dire à la croyance magique qu'une personne devient semblable à l'objet qu'elle a mangé ; cette incorporation déborde cependant la stade oral, (...) la magie est d'ailleurs également à cheval sur les deux phases, orale et anale. Ce qui est la caractéristique précisément du mode oral, c'est que le sujet n'absorbe pas l'objet car il n'y a pas « sujet » et « objet » mais confusion de l'un avec l'autre* » (GRUNBERGER Béla, 1958).

---

<sup>19</sup> Nous ne traitons pas ici des différentes carences où souvent le temps du nourrissage n'est pas suffisamment celui des mots.



Consommer, s'alimenter différemment, c'est aussi choisir ce que l'adulte ne pourra jamais vraiment avoir envie de consommer et infliger une distance alimentaire par le dégoût ou la différence de prise alimentaire.

## 2- Entre construction et distanciation.

La nourriture, le temps du repas, tant solide que liquide, a toujours été lieu de conflits, par exemple autour de la table familiale, avec le soda au cola qui ne reçoit que rarement l'approbation des adultes. Ceux-ci se résignent et incantent des réflexions régulières « *c'est pas comme ça que tu auras du goût* », « *dans beaucoup de vrais restaurants, on ne te donnera ni ketchup ni coca* ». Le liquide, plus qu'un autre aliment, est vécu par les adolescents comme une prise de position, d'autonomie et d'individuation.

L'adolescent fait sien son corps, il lui apporte le carburant de son choix. Il n'est pas rare d'entendre : « *Tu ne vas pas manger ces cochonneries !* », « *Comment, tu ne vas pas boire ce truc-là ?* ». Là où l'adolescent n'a de cesse de répéter : « *je n'ai pas demandé à venir au monde, (...) aujourd'hui je fais comme je veux !* ».

Lorsqu'il boit un « *virus* », « *une bomba* » ou un « *ice plosion* » (ces nouvelles boissons énergétiques, pop boissons...), n'est-il pas dans une démarche d'indépendance, d'individuation et de construction de son « corps » (tant personnel que social)? Désirant se construire avec ce qu'il est, ce qu'il veut... ce qu'il boit. Beaucoup de jeunes refusent de boire (goûter) du vin en prétextant le goût, l'inverse est vrai, il est très laborieux de faire goûter une « *red bull* », une « *X-trem* » aux parents qui prennent des mines navrées. On constate à travers ces choix différents, une tentative d'autonomie teintée d'inquiétude. Mettre à distance le temps du repas, choisir de consommer des aliments différents, c'est prendre le parti-pris de ne plus se construire du « même/partager ». C'est une autre façon de faire face à son incomplétude et à sa dépendance.

Le dégoût où le thème de la contamination est omniprésent dans ce qui est vendu et consommé chez les jeunes. La glace aux insectes<sup>20</sup>, la boisson plasma, la boisson « *Virus* », « *Bomba* », les bonbons aux venins de vipères... Nous les avons fait goûter (certains ne peuvent être achetés que sur Internet). Les réactions varient entre dégoût, jouissance de la provocation et sentiment de prise de risque ...

Dans ces cas, l'idée de contamination est maîtrisée et sert de faire valoir « moi, je peux le faire » ou justement adressé à l'autre « *toi, tu ne pourrais pas en manger, tiens regarde !* (en crachant dans sa main), *une larve, ah non ! une mouche*, (puis l'avale à nouveau au désespoir et horreur du spectateur, non consommateur) », ces glaces aux insectes « *terrorisent* » la génération des parents (acheteurs) qui s'offusquent que de « *tels machins* » soient vendus dans le commerce, (même si tous ont bien intégré qu'il s'agissait de formes de mouches, cafards et larves en bonbon dans une glace...). Le sucer, le montrer, le commenter, puis le ravalé avec observations d'autrui et jouissance du dégoût de l'autre. Avec cette forme de produit on a conscience de la contamination, on la gère, on

<sup>20</sup> <http://home.no.net/tstie/icecream.html>



l'affiche, on en joue. De tout temps il y avait à table des conversations et histoires grasses en fin de repas « à faire vomir tout le monde », mais ici, il s'agit de le faire et de l'avaler, forme de passage à l'acte de la maîtrise du dégoût de l'autre. « À quoi ça sert de manger une glace comme ça (aux insectes) si il n'y a personne qui vous regarde... c'est trop drôle... de dire et de voir la tête des autres ».

Il y a quelque chose d'identique dans des produits comme le jus de cerveau : Tizer<sup>21</sup> : « refresh your head »<sup>22</sup>, qu'il faut « servir cool » à la place de froid (cold). Hormis l'aspect sanguinolent du flacon et de son contenu, d'un point de vue du goût, rien de transcendant, mais l'effet de sidération sur les autres est garanti. Entre fascination, horreur, envie, ce genre de flacon ne laisse pas les jeunes indifférents. Certains ont même associé avec le film « Hannibal »<sup>23</sup> : « C'est pas que ce soit intéressant mais on peut dire qu'on l'a vu » ; ici on peut dire « je l'ai bu et c'est pas que ce soit bon ». Ce genre de boissons rejoint facilement l'alchimie complexe de ce qui est donné à voir, et ce qu'on a mis à l'intérieur de soi est fascinant et inquiétant, tout comme ce qu'on veut donner à croire et à voir de ce que l'on est.

Bien entendu, avec ce genre de boissons, les fantasmes de vampires, de cannibales ne sont pas loin et donnent à croire à l'infâme et au terrifiant, ce qui finalement à un certain âge, est plutôt valorisant. Le corps se transforme avec une « inquiétante étrangeté », alors autant en incorporer l'idée, d'autant qu'en arrière-plan, la quête du sexuel et de sa généralisation veille.

### 3- Entre construction et identification

En ce temps des médias, le rationnel ne fait pas forcément sens et le sens est souvent réduit au signe ; c'est un espace idéal pour le marketing qui vend de l'imaginaire. Le totem retrouve sa place dans ce contexte et l'on peut ici choisir d'absorber ce que l'on aimerait un peu devenir. Explorer, questionner et surtout obtenir ce à quoi on ne peut pas encore vraiment accéder de la sexualité, malgré un corps aux aguets et des pulsions volontiers débordantes.

Ici le totem est incorporé. On devient un peu taureau, tigre, requin, bombe... et de toute façon, on devient dangereux, dans un « faire semblant » menaçant où la prise d'aliments devient prise de risque. Ce faire semblant est d'autant plus valorisé à l'adolescence où tout paraît menaçant et compliqué et ça ne fait pas de mal de se « reblinder » l'ego. Bien évidemment, sur l'ensemble des titres des boissons que nous avons trouvé, 825 sur Internet en 2003, toutes portent des signifiants particulièrement motivants à l'adolescence.

<sup>21</sup> [www.tizer.co.uk](http://www.tizer.co.uk)

<sup>22</sup> *Rafraîchissez-vous l'esprit.*

<sup>23</sup> *Le plus célèbre serial Killer de l'histoire du cinéma. Une horrible plongée dans un cerveau malade d'un tueur cannibale, avec le haut-le-cœur comme élément de marketing et le « avez vous pu regarder la fin du film sans vous couvrir les yeux » ? De Ridley Scott sortie en 2002 Suite du film « Le silence des agneaux ».*





Signifiants de:

Puissance: (ex : Mega power, Golden Tiger Brute Force, Flying Horse, Dark Dog, Black Panther, Power Poppers, Red Bull),

Magie : (ex : Excalibur, Merly Energysource, Mystery),

Addiction: (ex : Hemp, Cannabia, Tance),

Danger: (ex : Dynamyte, Black Booster, Bomba, Anaconda, Source burn, TNT, HIV),

Vitesse: (ex : Jackie Chan's First Strike, Iso Sprint, Fit for the road),

Sexualité et Amour : (exp : Love potion, Lola Blue, Kamasutra).

Beaucoup de boissons reprennent le symbole du X ; on y trouve les métaphores de l'inconnu, de l'extrême . Ex : les « X-Trème », le « X- energy cola » de chez Pepsi, ...

Mais le X est aussi le symbole du comprimé sécable utilisé pour symboliser l'ectasy... L'interdit est la transgression sont omniprésents dans le packaging alimentaire, l'idéogramme du X est aussi celui du toxique et beaucoup d'adolescents enquêtés y ont pensé.

N'oublions cependant pas que le X est la marque génétique commune aux deux sexes le XX et le XY.

#### 4- Trouver un objet de comblement

On dit que l'adolescence est l'âge où l'on dévore, « *qu'il vaut mieux l'avoir en photo qu'en pension* ». Il est difficile d'imposer des limites parce qu'il est difficile de contenir cette tension à l'intérieur de soi, cette insatisfaction, alors il se « goinfre » de ses choix, se gave de transgressions fantasmatiques ou réelles.

Gérer la frustration autant dans la temporalité (le tout tout de suite) que dans la quantité (le temps des excès) n'est pas si simple. L'alimentation ne rend pas les choses plus aisées. L'utilisation d'un budget/argent de poche souvent important permet des achats de produits par internet. La profusion de spots publicitaires alimentaires aux heures d'écoutes ciblées, rend la frustration difficilement compréhensible, voire aberrante.

Du contenu au contenant le fantasme est triomphant.

Tous les adolescents connaissent la « Red Bull »<sup>24</sup> et presque tous disent l'avoir déjà consommée. C'est en France la plus connue des boissons énergétiques ; elle est l'objet de phantasmes, « l'aliment accessoire » et « l'emballage trophée » gardé précieusement. Pour rappel : on ne peut pas à ce jour acheter de Red Bull en France, c'est une boisson interdite à la vente, à cause de l'hormone de taurine qu'elle contient, et possède en elle des vertus imaginaires d'un «viagra adolescent».

Après tout, nous disent les jeunes « *C'est du jus de couilles de taureaux !* », Alors !... « *Moi j'ai un copain qui en boit aux moins vingt quatre par semaine, c'est un toxico à la red bull. Dans son frigo il n'y a que ça : Mais nous on trouve qu'il fait pas très viril*

<sup>24</sup> <http://www.redbull.com/product/historie02.html>



*(pires...) il doit peut-être compenser. C'est un dingue du boulot, il bosse tout le temps, dernièrement je l'ai vu il s'est un peu calmé, il a eu des problèmes de santé, de cœur je crois, ben oui à force de boire ces machins !* ». On appréhende bien dans ces phrases cette idée de virilité à incorporer, de force manquante, d'action magique. On incorporerait ce qui manque ou ce que l'on souhaite devenir.

Il y a là une rencontre signifiante et raisonnée avec l'adolescence et ses quêtes d'autonomie, de différenciation, de force et d'envies en particulier sexuelles.

## **Conclusion**

L'alimentation reste une lecture intéressante pour appréhender le monde de l'adolescence et son « mordant ».

Nous n'avons pas abordé ici des thèmes qui sont souvent des tempêtes en ce temps du processus adolescent, comme les questions de la mort, du suicide, de la violence, du narcissisme, de l'auto-engendrement... dont les rapports avec l'aliment et le boire sont lisibles. Nous n'avons pas non plus ici détaillé la différence importante portant sur les questions autour de la pulsion que l'on peut différencier dans les discours autour du temps du "pubertaire" et de celui de l'adolescence tant celle du garçon que de la fille (P. GUTTON).

Nous avons seulement présenté dans ces quelques lignes, au travers de la transformation du corps, cette tentative d'appropriation des changements par l'acte d'incorporation alimentaire, tant sur le plan du réel/biologique que du symbolique et de l'imaginaire. Là où l'adolescent a une fulgurance à grandir, autant qu'à s'approprier de nouveaux outils pour s'exprimer, nous pouvons nous demander si l'agressivité que dégage les mutations, les tentatives de contrôles des pulsions sexuelles, les renoncements aux désirs oedipiens... trouve un sens lorsque l'on dit qu'ils sont à l'âge où « l'on mange pour deux », où « l'on croque la vie »...

### Note méthodologique :

Ce travail fait suite à une étude que j'ai réalisé de 1997 à 2003 avec :

- une méthode de « type compréhensif »,
- des entretiens qualitatifs,
- des observations auprès de 20 jeunes de 15 à 26 ans,
- l'organisation de groupes de paroles (ce qui représente 93 jeunes adultes et adolescents) et une quinzaine d'enfants de moins de 14 ans, (de milieu urbain).  
Soit un total de 128 jeunes.



## BIBLIOGRAPHIE

1. **BAUDRY Patrick**, Le corps extrême (approche sociologique des conduites à risque), L'Harmattan, 1991.
2. **BOUTAUD Jean-Jacques**, « Sémiotique et communication », Paris, L'Harmattan, 1998.
3. **CORBEAU Jean-Pierre**, « S'emplir de signes pour combler le vide social », Le journal des professionnels de l'enfance, n°4, Mars avril 2000, [64 à 69].
4. **DOUGLAS Mary**, « Analyser le boire : une perspective anthropologique spécifique », in Cahiers de sociologie économique et culturelle, déc. 1990, [63 à 83].
5. **GRUNBERGER Béla**, « À propos de l'oralité », chap X, in Les stades de la libido de l'enfant à l'adulte, Tchou, 1978, [227 à 241]
6. **LE FOURN Marie**, « Boire : un processus de rencontre ou d'évitement de l'autre ? »
  7. in Bastidiana, « Cuisine alimentation, métissages », n° 31-32 juillet-décembre 2000.
8. **LE FOURN Marie**, « L'alimentation liquide : ses consommations, ses rituels de sociabilité et ses représentations imaginaires », doctorat de Sociologie/Anthropologie, Université François Rabelais, Tours, 2003.
9. **LEVI-STRAUSS Claude**, « Le totémisme aujourd'hui », PUF, 1962.





## Table des matières

<b>L'adolescence ? la nécessité d'approches croisées.....</b>	<b>3</b>
<b>Contrôler sa faim, contrôler son poids, Questions d'Adolescence ? .....</b>	<b>5</b>
<b>POIDS IDEAL, IDEAL DU POIDS. ....</b>	<b>9</b>
<b>Repères somatiques au cours de l'enfance de l'adolescence ; corpulence, surpoids, obésité.....</b>	<b>11</b>
<b>Du surpoids à l'obésité : gêne ou sans gêne.....</b>	<b>23</b>
<b>Je suis trop grosse : je veux faire un régime. Interaction mère-enfant. ....</b>	<b>33</b>
<b>IMAGE DU CORPS ET SOCIETE DE CONSOMMATION.....</b>	<b>37</b>
<b>Observatoire Européen des 5/25 ans.....</b>	<b>39</b>
<b>La dictature de la minceur.....</b>	<b>43</b>
<b>An apple a day keep the doctor away : Prendre en charge l'adolescent en surpoids en le mettant au centre d'un programme de santé publique ? .....</b>	<b>53</b>
<b>UNE FAIM D'ADOLESCENCE : ENVIE, RAGE ET FRUSTRATION....</b>	<b>59</b>
<b>Le déchaînement boulimique.....</b>	<b>61</b>
<b>L'anorexie et la boulimie à l'adolescence : du besoin incontrôlable de l'autre. ....</b>	<b>71</b>
<b>A propos d'une histoire clinique .....</b>	<b>71</b>
<b>Produits de bouche et de substitution : Oralité et sexualité.....</b>	<b>77</b>



## 6<sup>o</sup> Journée de MEDECINE et SANTE de l'ADOLESCENT POITIERS NOVEMBRE 2004

### Contrôler sa faim, contrôler son poids. Questions d'adolescence...

Dans nos sociétés, la sédentarité et l'abondance conjuguent leurs effets : le corps prend du poids. Les médecins, nutritionnistes ou de santé publique, la population et les responsables politiques ont pris peu à peu conscience de cette dérive. L'obésité devient l'ennemi à combattre. Dans le même temps les linéaires des grandes surfaces se chargent de produits toujours plus attrayants, plus nombreux, plus faciles à consommer. Cet étalage est relayé par d'intenses campagnes publicitaires promouvant la satisfaction de nos désirs comme droit fondamental de l'être humain : plus rien ne semble justifier la frustration. Toutefois les spots publicitaires utilisent tous des mannequins filiformes, longilignes sur lesquels les calories semblent glisser comme l'eau sur les plumes du canard ! Où passent-elles ces calories ? L'image du corps ainsi mise en scène va bien en-deçà de la courbe de poids idéale et se situe volontiers dans les marges de l'anorexie. Confronté à de telles contradictions, comment l'adolescent peut-il réagir : doit-il satisfaire ses envies, refuser de se frustrer mais en gardant la ligne, reprendre à son compte l'idéal obsédant de la bonne image... Attentifs à l'image de leur corps comme au discours social, peu préparés à affronter l'insatisfaction, avides d'expériences nouvelles, les adolescents de nos consultations concentrent sur eux-mêmes ces multiples paradoxes dont ils souffrent et dont, surtout, ils font souffrir un corps vite maltraité. Comment peut-on les entendre, les accompagner, que leur proposer ?

