



LES MORSURES DE LA FAIM

questions de poids à l'adolescence

FONDATION
DE
FRANCE



Des chiffres...

Un adolescent sur deux n'aime pas se regarder dans la glace ni se faire photographier. Dans la tranche d'âge des 11-20 ans scolarisés, 12,4 % des garçons et 37,3 % des filles se disent excessivement préoccupés par leur poids (M. Choquet). 41 % des garçons et 63 % des filles voudraient changer de poids. Les adolescents les plus "maigres" se perçoivent bien comme tels mais dans plus de la moitié des cas sont satisfaits de leur silhouette : est-ce une trace de cet "idéal de minceur" ? En revanche, dans le groupe des plus "enrobés", 72 % reconnaissent leur surcharge pondérale mais seuls 25 % d'entre eux sont satisfaits de leur silhouette : il ne fait pas bon "être gros". Apparaissant en moyenne vers 14 ans, ces insatisfactions sur le poids et la silhouette ont tendance à s'atténuer avec l'âge chez les garçons alors que chez les filles, elles persisteront. 15 % des filles (4 % des garçons) vont s'engager dans un régime plus ou moins draconien. Les troubles du comportement alimentaire proprement dit ont une prévalence globale autour de 8,8 % entre 15 et 25 ans avec un pic de prévalence ponctuel à 2,4 %. L'anorexie mentale a une prévalence cumulative de 1,8 % (syndrome partiel) sur cette tranche d'âge et la boulimie nerveuse de 7,3 %. Quant à l'obésité, on parle désormais d'épidémie : en France, 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 est passée de 8,2 % en 1990 à 9,6 % en 2000, et 11,3% en 2002 soit une augmentation de 5 % par an en moyenne. Pour l'enfant et l'adolescent, la prévalence du surpoids et de l'obésité entre 7 et 10 ans 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 on a 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. Si 70 à 80 % des enfants de 10 ans restent obèses, 50 % des enfants de 6 ans sont concernés. Inversement, seuls 10 % des jeunes enfants de poids normal deviendront obèses. Le risque est familial : si l'un des parents est obèse, le risque est multiplié par quatre pour l'enfant et par huit si les deux parents sont obèses. (d'après P. Ritz).

Éditorial D. Marcelli

Un corps idéal

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.

novembre 2004

...et des mots sur le corps

" Pour moi et pour beaucoup, beaucoup de filles que j'ai connues, (*la puberté*) c'était l'horreur absolue. C'était : mais que m'arrive-t-il ? Quel est ce désastre ? Quel est ce monstre qui prend possession de moi ? Y aura-t-il le moindre point commun entre la personne que j'étais avant, et celle que je vais devenir ? ... L'effroi devant la sexualité aussi a joué. Je me souviens de cet épisode sur la plage raconté dans *Biographie de la faim* - ces garçons indiens qui m'ont déshabillée, touchée, forcée - et qu'il faut bien appeler un viol. Ce fut une éviction brutale de l'enfance par la sexualité. L'étymologie de sexe, c'est ce qui sépare, c'est encore une idée de séparation. Avoir tout à coup un sexe, c'est être séparé des autres enfants. C'est terrible. L'anorexie, c'est une façon de dire " je n'ai pas envie de ça ! ", de se mettre hors-jeu.

On se met à l'abri de la sexualité. C'est aussi ce qui rend la sortie de l'anorexie tellement difficile. Quand le corps reprend ses droits brutalement, ce qui fut mon cas après deux ans, la société jette sur vous un regard hostile, sexuel, et c'est très violent".

Propos d'A. Nothomb, *Le Monde* 2, du 9/10/2004, p.28, "L'enfance à en mourir". F. Joignot.

SOMMAIRE

Une faim d'adolescence	p. 2
Clinique des conduites alimentaires	p. 2
L'obésité de l'adolescent	p. 3
Les relations mère-fille	p. 3
Le vécu affectif	p. 3
Un programme de santé publique	p. 4
Où va le marketing ?	p. 4
La dictature de la minceur	p. 4

LA DICTATURE DE LA MINCEUR

Indice de Masse Corporelle (IMC)

Anorexie mentale

15

maigreur

18,5

normo-pondéral

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.

Il peut, comme dans l'anorexie mentale, céder au vertige du refus, de l'ascétisme et de la maîtrise. Amélie Nothomb, qui a présenté une anorexie à l'âge 13 ans, évoque ainsi sa réticence à devenir adulte, son désir de préserver son enfance :

" Il y a toujours la tentation de l'ascèse. Tout arrêter. L'ascèse est une belle invention, car il s'agit de jouir d'une chose dans la privation absolue de cette chose. C'est un orgueil typiquement humain, aucun animal ne pratique l'ascèse. Je me souviens très bien, j'en tirais un grand fierté. J'ai vécu cette anorexie avec beaucoup de douleurs physiques, mais aussi dans un orgueil considérable. En dépit de toutes les dégradations que j'infligeais à mon corps, je ressentais une impression de gloire à me dire : Vous, vous en êtes tous encore là, moi je n'ai plus besoin de ce dont vous avez besoin ". Triompher des besoins physiologiques, être au-delà, dans cette toute-puissance éthérée, voici une première solution.

Mais tout le monde n'est pas capable d'affronter ces souffrances, d'ignorer les morsures de la faim. Le craquer boulimique, l'impulsion à agir, la dissolution du soi dans l'acte représentent un autre vertige qui court-circuite l'élaboration interne et la représentation mentale. La crise boulimique permet de lutter contre une réalité angoissante et

désorganisée où la dimension de l'envie et du désir est trop dangereuse. L'accès boulimique est une conduite marquée par une violence destructrice, véritable attaque du corps avec ce double mouvement d'incorporation puis de rejet. On y reconnaît aussi la cruauté du regard que ces patientes portent sur elles-mêmes, avec une profonde mésestime et la permanence d'une image très idéalisée de ce qu'elles voudraient être mais qui, pour elles, est inatteignable.

D'autres enfin s'abandonnent régressivement au plaisir oral ressenti comme un refuge infantile tranquille et protecteur : grignotage, hyperphagie et crises boulimiques font passer du surpoids à l'obésité. Mais en outre, le corps sexué tend à disparaître au milieu des plis adipeux et les manifestations les plus ostensibles de la puberté sont littéralement recouvertes par l'obésité. La sexualité ne concerne plus que les autres dont le regard glisse sur l'obèse avec une indifférence ressentie comme protectrice avant d'être vécue sur un mode méprisant ou abandonnique.

Petite clinique des conduites alimentaires de l'adolescent

1) Le grignotage : en regardant la télé, en travaillant, en rêvant, en s'ennuyant, l'adolescent grignote : biscuits, gâteaux secs, bonbons type smarties, cacahuètes, petits morceaux de charcuterie, etc. Il grignote seul dans sa chambre, plutôt l'après-midi ou le soir. Il n'a pas nécessairement une sensation de faim.

2) La fringale : sensation de faim impérieuse conduisant à une absorption d'aliments en général appréciés, la fringale cesse en même temps que la sensation de faim, ce en quoi elle diffère de la crise boulimique. L'adolescent peut ressentir cette sensation de faim comme douloureuse, pénible mais il ne se cache pas pour manger.

3) La crise boulimique : elle n'est pas déclenchée nécessairement par la faim mais bien plus par une tension psychique ou physique avec sentiment de mal-être. Le jeune lutte parfois contre son impulsion à manger mais il finit par y céder, en général quand il est seul. Il mange de grandes quantités d'aliments, souvent ceux qu'il refuse de manger habituellement. Une fois déclenchée, la crise ne s'arrête qu'avec l'apparition d'une sensation de douleur, de pesanteur pénible. L'adolescent peut alors soit s'endormir, soit se faire vomir. Dans ce cas, la crise peut recommencer une ou plusieurs fois, réalisant alors un véritable " état de mal boulimique ". Après la crise, l'adolescent éprouve toujours un intense sentiment de honte et de malaise mais cela ne l'empêche toutefois pas de recommencer...

4) L'hyperphagie : l'adolescent mange de trop grandes quantités, souvent des aliments tels que

les féculents, les pâtes, la charcuterie...

Non seulement les quantités mises dans l'assiette sont excessives mais en outre la quantité mise en bouche (cuillerées, morceaux piqués au bout de la fourchette...) est particulièrement importante, le rythme des bouchées avalées est plus élevé, la mastication brève ou inexistante. L'hyperphagie est souvent un comportement familial.

5) Le régime restrictif : animé par un souci de " contrôler son poids " voire de maigrir, l'adolescent restreint son alimentation. Habituellement, il commence par supprimer ce qui est supposé " faire grossir " : féculents, pâtes, gras, beurre, huile, fromages, etc. Ce régime supposé restrictif est particulièrement mis en avant lors des repas familiaux. Quand l'adolescent est seul, il peut entrecouper ce régime de phases de grignotage, d'épisodes de fringale ou de véritables crises boulimiques.

6) Le manger idéologique : proche de l'orthorexie, véritable obsession d'une alimentation réputée saine, l'adolescent peut aussi s'engager dans des régimes dictés par un souci idéologique. Par exemple, un régime végétarien par refus de la violence, de la maltraitance des animaux, etc. Il peut aussi s'agir d'un régime végétalien (exclusion de toute alimentation d'origine animale incluant le lait et ses dérivés), par idéologie sectaire accompagnée souvent de rationalisation métaphysique.

7) Le manger solitaire : souvent dans le cadre d'un conflit familial, d'un refus de partager le repas de famille (et d'un dégoût d'assister au plaisir de manger de l'un des parents) ou dans une revendication

d'un mode de vie différent, avec des horaires personnels incompatibles avec ceux de la famille, l'adolescent veut manger seul, le plus souvent dans sa chambre, parfois dans la cuisine avant le repas familial. Cet isolement, outre la contestation du cadre familial, conduit l'adolescent à des errements alimentaires : absorption exclusive de pizzas, disparition de tout équilibre nutritionnel...

8) Le repas sauté : autour de l'adolescence apparaît souvent une relative anarchie dans la succession des repas, rompant avec le rythme régulier de l'enfance. Le premier repas sauté est le petit déjeuner, l'adolescent restant le plus longtemps possible au lit pour se précipiter ensuite. Le repas de midi est lui aussi esquivé : refus de manger à la cantine scolaire, promenades en ville avec les copains, etc. Pour beaucoup d'adolescents cela aboutit à un déséquilibre nutritionnel sur la journée, les deux-tiers, voir les trois-quarts des calories étant absorbés après 16-17 H (goûter, repas du soir, moment du coucher) ce qui favorise un stockage graisseux.

9) L'anarchie alimentaire : elle survient au détour d'un régime qui ne peut plus être maintenu. La rupture du régime s'accompagne souvent de grignotages, de fringales et plus encore de crises boulimiques. Le risque pour l'adolescent est de s'engager dans un " yo-yo pondéral ascendant " (D.A. Cassuto), où alternent régime restrictif avec perte de quelques kilos et lâchage avec reprise des kilos perdus, plus quelques-uns en prime et ainsi de suite...

$$\text{Corporelle (IMC ou BMI)} = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$$

Grignotage, fringale, repas sauté...

normo-pondérale

25

surpoids

30

obésité

L'obésité de l'adolescent

De l'état normo-pondéral à l'obésité en passant par les surpoids, il y a une continuité. Pour en juger, il faut prendre en considération l'âge mais surtout le sexe, la taille du sujet et enfin le poids en se reportant sur une courbe. L'Indice de Masse Corporelle (I.M.C. ou B.M.I. Body Mass Index) est le paramètre le plus souvent utilisé, c'est le rapport du poids en kilos sur la taille au carré.

$$\text{IMC ou BMI} = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$$

L'obésité est en général une maladie d'enfance qui s'installe dès les premières années de la vie. La complication la plus fréquente et la plus grave de l'obésité, qui touche entre un quart et deux tiers des enfants, est l'insulino-résistance : non seulement l'insuline est sécrétée en excès mais en outre le couplage insuline-récepteur 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 tend à augmenter stimulant encore la sécrétion d'insuline. (d'après P. Ritz)

Petite chronique du yo-yo ascendant

Tout débute par l'idée de régime avec prise de coupe faim, en général des amphétamines. Certes leur prescription est de nos jours rigoureusement interdite mais hélas ces produits restent largement utilisés, les jeunes se les procurant par des circuits détournés. On commence par restreindre la teneur des repas, on enlève le gras et le sucre, on fait cuire à la vapeur... Pendant le régime, on supprime le restaurant ou la cantine, les occasions de convivialité... On ne parle que de " ça " avec ses copines ou ses amis. Au bout de quelques semaines, on peut certes remettre son vieux jean, la mesure étalon, et on est contente. On arrête alors le régime, on reprend ses habitudes et les kilos, avec

même quelques-uns en plus. Certes, on peut se remettre au régime quelques jours plus tard pour perdre ces quelques kilos superflus, mais chaque nouvelle interruption entraîne un gain de poids supplémentaire... Le yo-yo ascendant est amorcé et avec lui, la " carrière régime " où vont se développer des représentations négatives sur l'acte de manger : horreur et méfiance du gras et du sucre, recherche de saveurs acides (cornichons) comme coupe appétit, lavage de l'intérieur du corps à grande eau (allant parfois jusqu'à la potomanie : obsession de boire de grandes quantités d'eau pour se laver le corps ...). Du plaisir de manger on passe ainsi à l'obsession de l'orthorexie, pratique d'une alimentation diététique trop correcte. L'aliment n'est considéré qu'en fonction de sa composition et non de son goût. A titre d'exemple, le poisson se transforme en phosphore et oméga 3 bons pour la santé. La seule préoccupation est celle de l'équilibre entre les nutriments...

(d'après D. A. Cassuto)

Les relations entre mère et fille autour de la silhouette, du poids et du régime

L'adolescente, vers 16 ans, est normalement à un sommet pondéral : elle est plus ronde 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 à 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 ceux en excédent de poids. Ces filles (très souvent encouragées par leur mère mais aussi parfois par leur père

et/ou leurs copines) rentrent à ce moment-là dans le cycle pernicieux de la restriction - désinhibition alimentaire et de son corollaire le yo-yo pondéral ascendant.

Les filles internalisent de plus en plus tôt le diktat de l'idéal minceur. Dès l'âge de 5 ans, les fillettes semblent préoccupées par leur poids et ont peur de grossir. L'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. L'attitude des mères vis à vis de la nourriture influence le comportement alimentaire et le poids de leur fille et, réciproquement, le niveau de corpulence des filles influence l'attitude des mères. Une mère qui a du mal à contrôler son propre poids, qui perçoit sa fille comme étant menacée de surpoids, risque de recourir à une plus grande restriction pour son enfant. Le flux se fait dans les deux sens : si les mères sont hyper-contrôlées, elles génèrent des difficultés dans le " self - control " de leur fille qui aura du mal à ajuster leurs apports et qui auront tendance à augmenter les prises alimentaires sous forme d'en-cas. 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. 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.). (d'après D.A. Cassuto)

Surpoids et obésité : le vécu affectif de l'adolescent

Dans une enquête portant sur 279 adolescents obèses admis dans un centre spécialisé, âgés de 15 ans et demi en moyenne (âge extrême : 12 ans et demi à 18 ans), comprenant 72,5 % de filles et 27,5 % de garçons, avec un B.M.I. moyen de 36,2 (valeur maximum : 61), on note une différence sur la nature des plaintes entre garçons et filles : ces dernières mettent en avant le mal-être dans sa peau (57,3 %) puis la vêtue (21,7 %) enfin le regard des autres (8,9 %) comme plaintes principales. Si les garçons se plaignent aussi du mal-être dans sa peau (42 %), les moqueries des pairs (28 %) viennent en second suivies par la vêtue (14 %) et la gêne dans l'activité sportive (10 %). Pour les obésités particulièrement importantes (les 1 % d' I.M.C. les plus élevés), les filles se plaignent avant tout de la gêne dans l'activité sportive et les garçons du regard des autres comme de la difficulté à se vêtir. La gêne face au surpoids et à l'obésité est ressentie dès l'enfance, vers 6 ans. Mais la puberté est une période présentée comme importante dans la prise de conscience d'une gêne ressentie désormais comme une affaire personnelle chez les

filles tandis que chez les garçons le pic de gêne maximum serait plutôt à la période pré-pubertaire.

En effet, 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 s'écoule une longue période (plusieurs années) entre le passage à l'état " obèse " 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 obligées. 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, et 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. 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 car cette demande n'arrive qu'au terme d'un long processus de structuration psychique. De cette écoute des jeunes, il ressort le degré insoupçonné de leur souffrance, mal exprimée par des chiffres... (d'après P. Doyard)

Environ 20 % des jeunes sont en surpoids ou obèses. Mais que leur propose la société ?

Surpoids et obésité : un programme de santé publique

Lancé en 2001 à l'initiative du Département, le programme *Prévention Obésité 94* a concerné l'ensemble des classes de 5e du Val-de-Marne dès 2002. En 2003, il a été complété par une proposition d'atelier pratique, groupe de prise en charge collective de jeunes patients hors du cadre scolaire.

En classe de 5e, dans le Val-de-Marne, sur 2261 élèves, 22 % ont un poids excessif, (surpoids : 15 % ou obésité : 7 %). La majorité de ces jeunes en excès de poids (78 %) ont accepté un " programme de changement " qu'ils ont construit eux-mêmes après l'identification de leur surpoids, un bilan avec l'infirmière scolaire puis la fixation d'objectifs avec le professeur d'éducation physique et sportive (E.P.S.) sous la responsabilité du médecin scolaire. Le programme proposait un changement dans les habitudes alimentaires et dans le mode de vie.

Après 6 mois de suivi, il apparaît plus facile de changer son mode d'alimentation (diminuer le grignotage pour 65 %, réduire la taille des portions pour 50 %) que de modifier le comportement (seuls 46 % des jeunes ont diminué leur sédentarité). Les parents semblent mieux armés pour aider leurs enfants à mieux manger (70 %) qu'à plus bouger (40 %). Il faut noter que 20 % des parents ne se sont pas impliqués dans le projet de changement de leur enfant.

En fin d'année, 19 % des jeunes ne sont plus en surpoids. 30 % de ceux qui étaient obèses ne sont plus qu'en surpoids. Seuls 5 % de ceux qui étaient en surpoids ont franchi le seuil de l'obésité.

En 2003-2004, des ateliers pratiques ont été proposés en complément du programme d'action au collège. Animés par un éducateur, une diététicienne et un professeur d'E.P.S., ces ateliers s'adressent à des jeunes de 11 à 14 ans en surpoids ou obèses, repérés au collège ou adressés par leur médecin traitant.

14 séances sur l'année, dont certaines destinées aux parents, proposent aux jeunes l'acquisition de savoirs et de savoir-faire pour *Manger mieux et Bouger plus*.

158 jeunes se sont inscrits dont 20 % par l'intermédiaire du médecin traitant. 76 % des jeunes ont montré une implication forte, la proximité du domicile et la facilité d'accès à l'atelier représentent un facteur important pour un suivi régulier.

Au total, le programme *Prévention Obésité 94*, s'efforce d'offrir et d'articuler des réponses complémentaires à un problème de santé et de société. En effet quand un adolescent sur 5 en collège 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 institution. (d'après E. Feur)

Où va le marketing pour adolescents ?

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 ou cola qui ne reçoit que rarement l'approbation des adultes. Ceux-ci se résignent avec des réflexions régulières : "c'est pas comme ça que tu auras du goût... dans beaucoup de grands restaurants, on ne te donnera ni ketchup, ni coca...". Le liquide, plus qu'un autre aliment, est utilisé par les adolescents comme une prise de position, d'autonomie et d'individuation. L'adolescent fait sien son corps et lui apporte le carburant de son choix. 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 ? Beaucoup de jeunes refusent de boire ou de goûter du vin en prétextant le goût. L'inverse est vrai, il est laborieux de faire goûter une " red bull " ou un " x-trem " aux parents prenant 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 de ne plus se construire autour du " même/partager ". Susciter le dégoût des adultes, voilà qui marque sa différence. Le dégoût ou le thème de la contamination est omniprésent dans ce qui est vendu et consommé chez les jeunes. La glace aux insectes, la boisson plasma, la boisson " virus ", " bomba ", les bonbons aux venins de vipères... On les retrouve aussi dans des produits comme le jus de cerveau : " tizer ", " refresh your head ", qu'il faut servir " cool " plutôt que 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...

Bien entendu, avec ce type de boissons, les fantasmes de vampires et 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 que veillent en arrière-plan la quête du sexuel et de sa génitalisation.

Explorer, questionner surtout ce à quoi on ne peut encore vraiment accéder de la sexualité, malgré un corps aux aguets et des pulsions volontiers débordantes, voilà le jeu proposé par ces nouvelles boissons. Tous les adolescents connaissent la " red bull " et presque tous disent l'avoir déjà consommée. C'est en France la plus connue des boissons énergétiques ; elle est l'objet de fantasmes, " l'aliment accessoire " et " l'emballage trophée " gardé précieusement. On ne peut pas acheter de " red bull " en France, boisson interdite à la vente, à cause de l'hormone taurine qu'elle contient, et qui possède les vertus imaginaires d'un "viagra adolescent".

Après tout, nous disent les jeunes " C'est du jus de couilles de taureau ! (...) 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 (...) 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 acquérir, 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. Ainsi l'alimentation reste une lecture intéressante pour appréhender le monde de l'adolescence et son " mordant ". (d'après M. Le Fourm)

La dictature de la minceur

83 % des femmes entre 18 et 65 ans sont insatisfaites de leur corps ou de leur silhouette, 78 % pensent qu'être mince est une obligation pour se sentir " normale " et 75 % ont fait ou font entre 18 et 65 ans un régime pour maigrir. Les 2/3 des femmes qui ont un poids normal se trouvent trop grosses et voudraient perdre en moyenne 5 kilos. La moitié des femmes ayant un I.M.C. normal ont entrepris un régime pour maigrir (enquête de l'O.C.H.A., 2003). Aujourd'hui une femme de 25 ans aura fait cinq fois plus de régimes que sa mère de 55 ans et elle commence de plus en plus tôt. Plus la mère est insatisfaite de son poids et de sa silhouette, plus elle tend à transmettre ce sentiment d'insatisfaction sur le poids et la silhouette à sa fille.

Pourquoi cette obsession de la minceur ? Entre 1950 et 2000 la consommation de corps gras a augmenté de 119 %, celle de sucre de 76 % dans la population occidentale. Sauf quelques exceptions, la majorité de cette population n'est plus limitée dans le choix de son alimentation par une contrainte économique majeure ; l'industrie agro-alimentaire diversifie les produits et les tentations (barres chocolatées, bonbons, biscuits de toute sorte, laitages, crèmes et

yaourts multiples...). Parallèlement, la dépense physique diminue : disparition de la marche à pied, des travaux " de force ", multiplication des machines en tout genre...

Prendre du poids n'est plus de nos jours signe de richesse, d'aisance matérielle ou de classe sociale aisée échappant à la pénibilité du travail manuel. Dans toutes les sociétés où la nourriture n'est pas accessible en abondance, être en surpoids est un signe de bien-être et de distinction sociale. En période de disette, l'obésité est un idéal inaccessible. De nos jours, la minceur tend à devenir un idéal : le propre de tout idéal n'est-il pas d'être inaccessible ? Si nos sociétés idéalisent de la sorte la minceur, voire même la maigreur c'est peut-être parce que cet état devient une réalité inaccessible : l'idéal nécessite un effort pour être atteint. Dans une société d'abondance, la privation alimentaire devient sous nos yeux un idéal négatif flamboyant. Les adolescentes sont les premières victimes de ce paradoxe...

(d'après A. Hubert)