

La place de l'alimentation et de l'activité physique dans le processus de l'adolescence

À l'adolescence comme à tous les âges de la vie, l'acte alimentaire est porteur de significations complexes, qui trouvent leur origine dans la vie psychique, biologique et sociale de chacun. Expression d'un besoin physiologique fondamental, cet acte est également pris dans les désirs souvent contradictoires sous-jacents à tout comportement humain, et relié intimement à l'histoire de chaque sujet.

À l'adolescence, cette histoire se caractérise non seulement par les bouleversements physiologiques de la puberté, mais aussi par les changements affectant les équilibres établis durant l'enfance, dans le champ psychologique et affectif d'une part, dans le champ social et relationnel d'autre part. Ces changements exercent naturellement une forte influence sur le rapport de l'adolescent à lui-même, à autrui et par conséquent, sur ses comportements de santé en général et sur son alimentation ou son activité physique en particulier.

L'adolescence en tant que processus psycho-affectif

La problématique du corps

La problématique du corps est essentielle dans le processus de l'adolescence. Objet de préoccupations anxieuses et de rejet tout autant que d'attention minutieuse et de contemplation émerveillée, ce corps en transformation suscite chez l'adolescent des attentes et des craintes centrales dans son rapport à l'alimentation et à l'activité physique. Ainsi, le regard porté par l'adolescent sur son propre corps va l'amener à adopter des comportements où transparaissent son ambivalence vis-à-vis de sa maturation sexuelle et les désirs contradictoires qu'elle suscite. En apparence paradoxaux, ces comportements reflètent en réalité la difficulté de l'adolescent à gérer le changement du statut de son corps : d'instrument à entretenir et utiliser (pour courir, sauter, jouer...), d'objet de soin en cas de maladie, le corps devient avant tout support sexué du rapport à l'autre : corps pour montrer et se montrer, pour séduire, danser, aimer...

Les représentations de la santé et de la prévention sont à l'adolescence étroitement dépendantes de cette évolution de l'image du corps, comprise comme la synthèse vivante, dynamique et actuelle des expériences émotionnelles et relationnelles passées de l'adolescent. Le réajustement de l'image du corps s'effectue non seulement pour soi-même mais aussi sous le regard de l'autre : l'autre adulte (parent, enseignant, médecin...) qui prend acte des changements en cours chez l'adolescent, souvent en silence, avec embarras, parfois avec une ironie teintée de séduction, ou encore, avec un discours biologique qui élude les émois, les sentiments et les sensations qui agitent l'adolescent ; et l'autre adolescent (ami, copain, pairs...) auprès de qui il va chercher une réassurance sur sa normalité, sa conformité, sa valeur, à travers l'écho d'une expérience partagée par ses semblables et le développement de goûts spécifiques, démarqués de ceux des

adultes. D'où la mise au premier plan de valeurs de jouissance immédiate (sortir, rencontrer des amis, écouter de la musique, expérimenter les capacités amoureuses ou sexuelles, rechercher des sensations nouvelles au travers de l'usage de substances psycho-actives, etc.). Ces valeurs sont opposées aux valeurs de préparation des adultes, qui visent une satisfaction différée (travailler ou prendre soin de sa santé pour plus tard, prévoir, etc.). Cette attitude a des conséquences évidentes sur la réceptivité des adolescents aux discours de la prévention centrés sur la précaution, la prévision, la « gestion d'un capital-santé »... Ces discours viennent déranger leur conception de la mauvaise santé qui, pour la plupart d'entre eux, ne peut résulter que d'atteintes extérieures imprévisibles, accidentelles et improbables en ce qui les concerne.

Ce n'est qu'à la fin de l'adolescence que la dénégation du vieillissement et de la mortalité va céder, souvent non sans réticence et parfois de façon très angoissante, pour laisser apparaître la notion d'un devenir, la prise de conscience d'une évolution inéluctable qui inclut de façon solidaire la sexualité et la mort : devenir un homme ou une femme, avoir à son tour des enfants, les élever puis leur laisser la place. Cette prise de conscience va permettre la mise en place progressive d'une conception évolutive de la santé comme potentiel à préserver des atteintes du temps et des agressions de la vie.

Le travail de deuil

À toutes les modifications qui viennent d'être évoquées s'ajoute le travail de deuil lié à l'expérience de séparation des personnes influentes de l'enfance et à un changement dans les modes relationnels, l'adolescent se dégageant de ses attachements infantiles pour se tourner vers des objets d'amour extra-familiaux. Ce processus de différenciation, indispensable à l'exercice d'une pensée propre, à l'appropriation du corps sexué et à l'utilisation des qualités créatrices, est aidé par la fin de l'idéalisation des parents qui était propre à l'enfance. Percevant désormais ses parents de façon réaliste, l'adolescent va trouver la force de rompre les liens d'attachement qui le liaient profondément à eux, au profit de nouvelles rencontres, de nouvelles relations amoureuses et de nouveaux centres d'intérêts.

À côté de ces nouveaux attachements, l'adolescent doit également se choisir lui-même en tant qu'objet d'intérêt, de respect et d'estime. Plusieurs obstacles peuvent entraver cette construction d'un narcissisme adulte, dont les plus importants sont la prise de conscience de ses propres limites et de la limitation des possibles sur le plan social, ainsi que le sentiment de décevoir les espoirs parentaux.

À la remise en cause des liens familiaux s'ajoute la perte des repères corporels familiaux issus de l'enfance : non seulement le corps change de façon spectaculaire, mais il perd en habileté, en aisance et en souplesse. Cette perte est heureusement compensée par la perception de nouvelles potentialités et l'accès à de nouveaux plaisirs. De manière encore plus essentielle, certains adolescents ont le sentiment de s'être perdus eux-mêmes, de ne plus se reconnaître, de se trouver désarmés face au jugement d'autrui. Considérant d'un œil critique la morale transmise par les adultes, ils sont confrontés à l'obligation de se constituer leurs propres valeurs et d'élaborer leur propre regard sur les êtres et le monde qui les entoure.

Ils sont aidés en cela par le bouleversement de leur structure cognitive, caractérisé par la capacité à formuler et vérifier des hypothèses, un accès facilité à l'abstraction et l'acquisition d'une intelligence accrue des relations sociales.

Il est aisé de comprendre que cette accumulation de pertes, même compensée partiellement par des acquis, produise chez tout adolescent de la tristesse, de l'inhibition ou de l'agressivité, de la colère, qu'il convient, sans les ignorer, de traiter sans dramatisation excessive.

L'adolescence en tant que processus socio-relational

L'adolescent qui prend ses distances avec ses parents perd du même coup les bases identificatoires de son enfance et ressent alors le besoin de rechercher de nouveaux supports d'identification, dans un groupe social, dans ses racines culturelles, ou auprès de ses grands-parents, souvent épargnés par les conflits avec l'adolescent. La norme sociale, la pression du groupe des pairs, prennent alors une place centrale dans les orientations et les choix de l'adolescent, poussé à la fois par la volonté de se différencier de la génération de ses parents, et le désir de se conformer aux goûts et aux valeurs de ses pairs. Cette quête de conformisme peut entraîner l'adolescent à adopter des conduites perçues comme incohérentes ou absurdes, voire caricaturales. Les comportements de santé ne sont évidemment pas épargnés par ce besoin d'identification aux membres du groupe choisi par l'adolescent.

Ce processus ne va pas sans contradictions ou retours en arrière, puisque l'adolescent qui réclame avec vigueur son autonomie et valorise crânement son individualité, reste en réalité profondément dépendant du cadre familial de son enfance. L'adolescent est effet pris dans une alternative paradoxale : il doit rompre avec ses parents pour découvrir son identité d'adulte, mais ne peut retrouver les fondements de cette identité qu'à travers l'inscription dans son histoire familiale.

Deux éléments de contexte peuvent venir encore complexifier cette problématique. Le premier est l'éventuelle survenue concomitante, chez les parents, d'une crise du milieu de la vie se caractérisant notamment par une angoisse accrue face au temps qui passe et des sentiments de pertes irréversibles. Le second peut être lié à la situation de la famille sur le plan de l'immigration. Il est effet fréquent d'observer, dans les familles issues de l'immigration de première génération, l'existence de difficultés externes d'adaptation, dans la deuxième génération, une intégration fondée sur l'adoption des modèles culturels du pays d'accueil au prix d'un abandon des modèles du pays d'origine, et dans la troisième génération, la recherche nostalgique et souvent idéalisée des valeurs culturelles originelles. Les représentations de la santé existant chez les adolescents issus de l'immigration sont étroitement dépendantes de ce rapport entre les habitudes et valeurs du pays d'origine de la famille et les normes et les attentes véhiculées par les institutions du pays d'accueil.

Conséquences en termes de rapport à l'alimentation et à l'activité physique

Face à ces multiples bouleversements et tâches à accomplir, confronté à sa propre vulnérabilité et incertain quant à ses compétences et potentialités, l'adolescent peut chercher à se réfugier dans des comportements identifiés comme néfastes. C'est là l'un des points centraux du malentendu persistant entre les adolescents et les professionnels de la santé : ce que ces derniers considèrent comme des problèmes constituent pour les adolescents des réponses aux difficultés existentielles propres à la période de transition qu'ils traversent.

On peut ainsi constater chez certains adolescents l'utilisation de l'alimentation et de l'activité ou l'inactivité physique comme expressions de leur besoin de régression et de maîtrise, comme moyens de défense, d'expression ou de relation, où dominant la mise en question de la définition d'un corps sexué et la volonté de maintenir la sexualité à distance. C'est ce qui est à l'œuvre dans les conduites caractérisées par l'hyperactivité, l'engagement intensif dans les activités sportives ou le contrôle excessif des apports nutritionnels. C'est également ce dont témoignent l'inactivité, la sédentarité liée aux loisirs immobiles (télévision, jeux vidéo, Internet), l'hyperphagie ou le grignotage.

D'une façon générale, les perturbations des conduites alimentaires correspondent à des situations où la corpulence ou l'absorption alimentaire constituent des tentatives pour résoudre ou dissimuler des problèmes adaptatifs internes ou externes. Ces perturbations incluent aussi bien la fringale (réponse à une impérieuse sensation de faim, par exemple au retour de la piscine), le grignotage (associé à l'ennui, à la culpabilité et à l'inaction, en l'absence d'une réelle sensation de faim), ou le régime alimentaire lié à des préoccupations esthétiques raisonnables, que des manifestations pathologiques telles que la boulimie, l'hyperphagie ou la réduction alimentaire chroniques. Seules ces dernières, auxquelles est associée une sensation de perte de contrôle, présentent un véritable caractère de gravité.

Une prise en charge médicale et/ou psychologique est alors souhaitable dans un certain nombre de situations. Par exemple, dans le cas où l'adolescent s'enferme durablement dans une régression où prédominent les modes de satisfaction éprouvés durant l'enfance et perçus comme non menaçants. Elle est également nécessaire dans les cas où le désir d'appropriation et de maîtrise des besoins corporels s'inscrit dans un processus douloureux de séparation d'avec les parents, où s'affrontent la volonté de ces derniers de maintenir l'équilibre alimentaire et la volonté de l'adolescent de s'alimenter selon ses critères personnels, ce qui peut provoquer la focalisation autour du repas familial du conflit adolescent-parents. Elle se justifie enfin quand le besoin d'absorption de nourriture s'apparente à un remplissage, témoignant ainsi d'une lutte contre le vide, la solitude, le sentiment d'inutilité, l'anxiété et la dépression.

Lorsque ce remplissage se traduit par un surpoids, voire une obésité, il suscite l'inquiétude et la mobilisation des professionnels. Cependant, il est important néanmoins de garder à l'esprit que la plupart du temps, l'obésité même si elle devient évidente à l'adolescence, succède généralement à des prises de poids durant l'enfance suite à des apports alimentaires trop importants sur le plan quantitatif et/ou qualitatif par rapport à la dépense énergétique (activité physique).

Par ailleurs, en dehors de troubles du comportement alimentaire évidents, lorsqu'il existe un surpoids ou une obésité, il est souhaitable d'orienter l'adolescent vers un professionnel de santé qui pourra soit s'assurer de l'existence d'une prise en charge, soit aider l'adolescent à faire la démarche d'une prise en charge médicale.

Ainsi, l'obésité constatée à l'adolescence peut avoir plusieurs origines. Par exemple, on peut retrouver la notion des premières expériences de satisfaction orale chaotiques, où aucune distinction n'est faite entre la faim et les autres besoins, ce qui se traduit par un apport de nourriture quelles que soient les manifestations du petit enfant. Ce conditionnement peut conduire l'adolescent à recourir systématiquement à la nourriture pour rechercher un sentiment de sécurité interne et le soulagement de toute tension. Le rôle défensif des gratifications orales et leur origine ancienne dans l'histoire de l'individu rendent inutile et néfaste toute mesure coercitive n'ayant pas l'accord et ne suscitant pas la participation active de l'adolescent, et toute action ne prenant pas en considération la situation dans sa globalité. Il peut aussi s'agir d'une obésité survenant dans le contexte d'une hyperphagie à connotation familiale où l'adolescent obèse est incapable de reconnaître et définir de façon autonome ses propres besoins corporels, et donc incapable de satisfaire ces besoins de façon adaptée.

On retrouve chez tout adolescent, à des degrés divers, un désir d'affirmation de soi et d'originalité, où s'expriment le rejet de la banalité et la volonté de se considérer comme un être unique et indépendant. Ce désir transparaît dans ses choix alimentaires et son attitude vis-à-vis du sport et de l'activité physique. C'est pourquoi l'on peut voir apparaître, de façon transitoire, des lubies alimentaires ou des engouements sportifs dont il est inutile de s'inquiéter. Ce besoin d'adopter des comportements originaux, parfois extrêmes, témoins de l'acquisition progressive d'une identité adulte, entre évidemment en opposition avec les messages univoques de l'éducation nutritionnelle, ou avec l'incitation à une activité physique précisément formatée.

Parallèlement à ce désir d'originalité, les adolescents ressentent un besoin intense de normalité, de conformité et d'acceptation par les autres adolescents. C'est ainsi que s'installent des modes ou des tendances qui vont influencer fortement les goûts et dégoûts alimentaires exprimés par les adolescents, leur préférence pour certains produits ou lieux de restauration, l'attrance ou le rejet suscités par tel sport ou telle activité. Les adolescents sont également très pudiques et jaloux de leur intimité. C'est ainsi qu'ils peuvent répugner à faire part des habitudes alimentaires familiales, ou qu'ils peuvent demander à être dispensés de sport pour échapper à des situations où leur corps est selon eux trop exposé. Cette pudeur et ce besoin de se fondre dans un groupe constituent des obstacles à la participation aux activités éducatives centrées sur l'expression collective d'un vécu personnel.

Parler de nutrition ou d'activité physique à des adolescents suppose de prendre appui sur leurs potentialités et leurs préoccupations actuelles, de connaître les difficultés auxquelles ils sont confrontés et leurs moyens de défense, de veiller à renforcer le sentiment de leur valeur propre et leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes. Il s'agit moins de prévenir la sédentarité, le déséquilibre alimentaire et leurs conséquences (obésité, maladies cardio-vasculaires...), que leurs déterminants, c'est-à-dire le mal-être, la dépréciation de soi, l'anxiété, la dépression. C'est à la mise en œuvre d'une démarche de promotion de la santé que nous invite la compréhension des troubles de l'adolescence : la création d'environnements (scolaires, de santé...) capables de contenir et soutenir les adolescents, l'accent mis sur le développement de leurs aptitudes, l'inscription des adolescents dans leur communauté, le développement du sentiment d'être quelque part attendu, valorisé, aimé, feront plus pour l'adoption de comportements favorables à la santé que la multiplication d'actions ponctuelles sans lien entre elles. C'est cette approche compréhensive et globale qui doit donc constituer le fil conducteur de toute intervention auprès d'adolescents.

Christine Ferron

Hôpital de jour Montsouris du Cerep
Janvier 2006

Sources bibliographiques

- **Marcelli D., Braconnier A.** *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson, (Les âges de la vie), 2004.
- **Michaud P-A ., Alvin P. (Sous la direction de).** *La santé des adolescents – Approches, soins, prévention*. Lausanne : Payot, Paris : Doin, Montréal : Presses de l'université, 1997.
- **Manidi M-J., Dafflon Arvanitou I. (coord.).** *Activité physique et santé – Apports des sciences humaines et sociales, Education à la santé par l'activité physique*. Paris : Masson, 2000