



HAL
open science

La prévention de la stigmatisation de l'obésité à l'école maternelle à travers la discussion à visée philosophique

Bonnie Besson

► To cite this version:

Bonnie Besson. La prévention de la stigmatisation de l'obésité à l'école maternelle à travers la discussion à visée philosophique. Education. 2021. dumas-03365871

HAL Id: dumas-03365871

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03365871v1>

Submitted on 5 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

MASTER MEEF mention 1er degré
« Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation »
Mémoire de 2^{ème} année
Année universitaire 2020 - 2021

**LA PREVENTION DE LA STIGMATISATION DE L'OBESITE A L'ECOLE
MATERNELLE A TRAVERS LA DISCUSSION A VISEE PHILOSOPHIQUE**

Bonnie BESSON

Directeur du mémoire : France ARBOIX-CALAS
Assesseur : Jean-Marc LANGE

Soutenu le 1^{er} juin 2021

À mes parents, mes deux plus belles étoiles...

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue durant cette année et dans la rédaction de ce mémoire.

Dans un premier temps, je tiens à remercier ma Directrice de mémoire, France Arboix-Calas, pour sa patience, sa disponibilité et ses précieux conseils qui ont grandement participé à la réalisation de ce mémoire et ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma tutrice terrain, N. L., qui a m'a accordé de son temps pour me conseiller et me guider tout au long de cette année éprouvante.

Je remercie infiniment ma meilleure amie, Marie, pour ses relectures, son soutien sans égal et pour avoir toujours été à mes côtés.

Je souhaite aussi remercier ma famille pour m'avoir encouragée et soutenue dans ma reconversion professionnelle de professeure des écoles.

Enfin, un grand merci à tous mes collègues d'école et de la faculté qui ont participé à mon enrichissement personnel.

Résumé

L'obésité constitue un problème majeur de santé publique. Sa prévalence ne cesse d'augmenter à tel point qu'elle est considérée aujourd'hui comme une épidémie mondiale qui touche les adultes et, de plus en plus, les enfants. Partant du principe qu'un enfant souffrant d'obésité aura des chances de le rester à l'âge adulte et sera plus enclin à développer des pathologies, la nécessité d'agir, dès le plus jeune âge, semble évidente.

La nature multifactorielle de l'obésité met en exergue des facteurs génétiques, biologiques, socioéconomiques, comportementaux et psychologiques. Outre les comorbidités engendrées par cette maladie, les personnes souffrant d'obésité sont affublées de préjugés et exposées à une stigmatisation sociale. Les conséquences de cette stigmatisation se manifestent par une baisse d'estime de soi, une augmentation de l'anxiété et l'apparition de comportements dépressifs qui participent au maintien de l'excès de poids et, de fait, à l'entretien de ce fléau.

L'objectif de mon mémoire est de proposer une approche qui tente de diminuer les comportements stigmatisants à l'égard des personnes obèses ou en surpoids, et ce, dès l'école maternelle. De cette façon, je souhaite agir sur les facteurs psychologiques, et par conséquent, sur la santé mentale des personnes souffrant d'obésité, afin de participer à leur bien-être physique, mental et social. Pour ce faire, je me suis penchée sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en exposant les différentes causes et conséquences de cette épidémie avant de m'intéresser à une solution pour tenter de rompre le cercle vicieux entre les déterminants psychologiques et la stigmatisation.

Mots-clés : Obésité, stigmatisation, déterminants psychologiques, santé mentale, bien-être.

Abstract

Obesity is a major public health issue. Its prevalence continues to rise to a point that it is now considered as a global epidemic which affects adults and, increasingly, children. In the basis that an obese child may remain obese in adult life and that he may be more disposed to develop diseases, taking actions, at an early age, seems obvious.

The multifactorial nature of obesity highlights genetic, biological, socioeconomic, behavioral and psychological factors. In addition to the comorbidities caused by this disease, people suffering from obesity are decked out with prejudices and exposed to social stigma. The consequences of this stigma reflects a decline of self-esteem, an increase of anxiety and the appearance of depressive behaviors that take part in maintaining overweight and, by the way, this scourge.

The aim of my dissertation is to propose a solution that attempts to reduce stigmatizing behaviors towards obese or overweight people, as early as kindergarten. In this way, I would like to act on the psychological factors, and therefore, on mental health of individuals suffering from obesity, in order to participate in their physical, mental and social well-being. To achieve this, I have been working on the prevalence of obesity and overweight by exposing the different causes and consequences of this epidemic before looking at a solution to break the vicious circle between psychological determinants and stigma.

Keywords : Obesity, stigma, psychological factors, mental health, well-being.

Sommaire

Remerciements	3
Résumé	4
Abstract	5
Sommaire	6
Table des illustrations	8
Liste des abréviations	10
Introduction	11
Partie 1 : Cadre théorique	13
1.1. L'éducation à la santé comme outil de prévention de l'obésité	13
1.1.1. L'éducation à la santé dans un contexte d' « éducations à ».....	13
1.1.2. Les grands modèles de santé	15
1.1.3. Les grandes approches de l'éducation à la santé	16
1.2. Le surpoids et l'obésité	16
1.2.1. Définitions et indicateurs	16
1.2.2. Prévalence de l'obésité.....	19
1.3. Déterminants de l'obésité	23
1.3.1. Déterminants génétiques	23
1.3.2. Déterminants biologiques.....	24
1.3.3. Déterminants socioéconomiques	24
1.3.4. Déterminants comportementaux	24
1.3.5. Déterminants psychologiques.....	25
1.4. Complications de l'obésité	27
1.4.1. Complications physiques	27
1.4.2. Complications psychologiques et sociales	28
1.5. Contextualisation : prévention de l'obésité	32
1.5.1. Les programmes et actions de prévention	33
1.5.2. Les programmes scolaires	35
1.5.3. Inclusion et intégration des enfants obèses	37
Partie 2 : Cadre expérimental	39
2.1. Méthodologie et objectif	39
2.1.1. Recueil des représentations sociales par la théorie du noyau central.....	39
2.1.2. La discussion à visée philosophique	42
2.1.2.1. Les enjeux.....	42
2.1.2.2. Le rôle de l'enseignant	43
2.1.2.3. Les programmes scolaires	43
2.2. Présentation des résultats et analyse	45

2.2.1.	Recueil des représentations des élèves sur l'obésité.....	45
2.2.2.	Première séance : de l'atelier philosophique vers la discussion à visée philosophique	48
2.2.3.	Deuxième séance : de l'album de jeunesse vers la discussion à visée philosophique	53
2.3.	Interprétation des résultats	54
2.3.1.	Discussion	54
2.3.2.	Intérêts et limites	58
Conclusion	60
Références bibliographiques	60
Annexes	70

Table des illustrations

Liste des tableaux

Tableau 1 : Catégories des compétences psychosociales (Lambooy et Luis, 2015)

Tableau 2 : Classification de l'état nutritionnel chez l'adulte en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)

Tableau 3 : Les représentations sociales selon la théorie du noyau central (Abric, 2005)

Tableau 4 : Séquence « Discussions à visée philosophique »

Tableau 5 : Recueil de représentations sur un échantillon de dix-huit élèves de petite et moyenne sections (École maternelle d'Assas)

Tableau 6 : Les représentations sociales selon la théorie du noyau central (Abric, 2005)

Tableau 7 : Réponses à l'exercice 3 du recueil de représentations sociales des élèves

Tableau 8 : Déroulement de la première séance

Tableau 9 : Tableau synthétique des résultats de l'atelier photolangage

Tableau 10 : Grille d'observation de la discussion à visée philosophique

Liste des figures

Figure 1 : Répartition de l'excès du tissu adipeux selon le type d'obésité (Gallissot-Pierrot, 2013)

Figure 2 : Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe, étude Esteban 2015, France (Santé Publique)

Figure 3 : Prévalence de l'obésité (modérée, sévère et massive) chez les hommes et les femmes de 18-74 ans selon le diplôme*, étude Esteban 2015, France (Santé Publique)

Figure 4 : Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe, étude Esteban 2015, France (Santé Publique)

Figure 5 : Prévalence du surpoids (obésité incluse)* chez les enfants de 6-17 ans selon le sexe et le diplôme de la personne de référence du ménage. Comparaison entre ENNS-2006 et Esteban-2015, France (Santé Publique)

Figure 6 : Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe. Comparaison entre ENNS 2006 et Esteban-2015, France (Santé Publique)

Figure 7 : Cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité (INSERM)

Figure 8 : Cercle vicieux entretenu entre déterminants psychologiques et complications psychologiques

Figure 9 : Imbrication des trois composantes de la promotion à la santé à l'œuvre dans le Parcours Éducatif de Santé (Ministère de l'Éducation nationale, 2017)

Figure 10 : Photo support pour le recueil de représentations des élèves

Figure 11 : Recueil de représentations sur un échantillon de 18 élèves (âgés entre 3 et 5 ans)

Figure 12 : Photos proposées pour l'atelier photolangage

Liste des abréviations

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CESC : Comité d'Éducation à la Santé et la Citoyenneté
CPS : Compétences psychosociales
DVP : Discussion à visée philosophique
EMC : Enseignement Moral et Civique
ENNS : Étude Nationale Nutrition Santé
ESTEBAN : Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HTA : Hypertension artérielle
HTAP : Hypertension artérielle pulmonaire
INCA : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires
IOTF : International Obesity Task Force
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité
PES : Parcours Éducatif de Santé
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PO : Plan Obésité
SAOS : Syndrome d'apnées obstructives du sommeil
SOH : Syndrome obésité-hypoventilation

Introduction

Ce mémoire s'intéresse à l'obésité, problème majeur de santé publique, et plus particulièrement, à l'impact de sa stigmatisation sur le bien-être psychologique d'une personne obèse et la façon dont on peut appréhender les choses pour prévenir les stigmatisations, voire les discriminations, face à ce fléau. D'un point de vue personnel, j'ai dans ma famille des personnes qui ont été reconnues obèses, et ce, depuis l'enfance. J'ai donc pu observer au quotidien l'impact direct que l'obésité pouvait avoir sur le bien-être d'un enfant. C'est un sujet qui me touche particulièrement et c'est donc naturellement que j'ai choisi de réaliser mon mémoire sur ce sujet.

L'image sociétale du corps du Moyen-Âge a connu de nombreuses évolutions parmi lesquelles l'obésité pouvait représenter un signe de richesse. Aujourd'hui, le culte de la minceur est prôné et baigne dans une culture narcissique grandement influencée par les médias.

L'obésité et le surpoids sont des phénomènes initialement observés aux États-Unis puis par les pays occidentaux dans les années 1990. C'est à partir de 1997 que la France s'est vue touchée par ce fléau et de façon alarmante (Ayadi et Ezan, 2008). Aujourd'hui, cette épidémie mondiale touche la plupart des pays développés mais également certains pays en voie de développement.

Depuis quelques années, l'augmentation du surpoids et de l'obésité des enfants, dont les causes relèvent largement des évolutions de la société, constitue un défi majeur pour la santé publique. Son épidémie touche des sujets de plus en plus jeunes dont les complications deviennent de plus en plus fréquentes.

Plusieurs études présentent un constat alarmant concernant le surpoids et l'obésité, tous deux corrélés à un manque d'activité physique et à une sédentarité importante, notamment celle de la revue médicale américaine *The New England Journal of Medicine* (2017) qui pointe du doigt l'obésité infantile frappée par un accroissement plus rapide que celle de l'adulte depuis 1980.

La santé ne concerne plus seulement la santé physique mais prend en compte ses dimensions psychologique, sociale et environnementale. Ce sont ces dimensions psychologiques que mon mémoire visera.

Les personnes obèses sont confrontées à des stigmatisations (Myers et Rosen, 1999). Le regard social leur renvoie une image négative d'elles-mêmes et a d'importantes conséquences psychologiques dommageables. De ce fait, j'ai cherché à évaluer l'impact des discussions à visée philosophique dans ma classe de petite et moyenne section, notamment sur la tolérance face aux différences telles que l'obésité. Ces discussions philosophiques proposées, dès la maternelle, cherchent à accompagner les élèves dans la construction d'un raisonnement, dans le cheminement d'une réflexion (Bucheton, Soulé et Tozzi, 2008). De cette façon, je cherche à savoir d'une part, si

ces ateliers philosophiques peuvent participer au changement sur ce regard social négatif, porté à l'égard des personnes souffrant d'obésité, et ainsi jouer sur leur bien-être psychologique ; d'autre part, s'ils peuvent agir sur les facteurs psychologiques de l'obésité, trop souvent sous-estimés, dont une personne peut souffrir.

À la suite de ces questionnements en découle ma problématique qui est la suivante : **En quoi la discussion à visée philosophique à l'école maternelle permet d'agir contre la stigmatisation de l'image du corps dont l'obésité peut faire l'objet ?**

Pour y répondre, je préciserai dans une première partie le cadre théorique dans lequel la notion d'obésité, ses déterminants et complications seront définis. Puis, je présenterai le contexte autour duquel des programmes et des actions de prévention participent à la lutte contre l'obésité.

Dans une seconde partie, je traiterai le cadre expérimental de mon étude en présentant le concept de la discussion à visée philosophique et ses enjeux dans le cadre d'une séquence proposée à mes élèves. Je ferai ensuite une analyse *a posteriori* de celle-ci, ce qui me permettra de valider ou non mon hypothèse.

Partie 1 : Cadre théorique

1.1. L'éducation à la santé comme outil de prévention de l'obésité

1.1.1. L'éducation à la santé dans un contexte d'« éducations à »

Tout au long de leur scolarité, les élèves vont développer aussi bien des « compétences fondamentales » en lien avec les contenus d'enseignements que des « compétences transversales » sociale, civique et culturelle, associées à des « éducations à » (Audigier, 2012).

Historiquement diversifiées, les « éducations à » occupent une place importante dans le système éducatif où elles constituent des modules d'enseignements transversaux en passant par l'éducation à la santé, à la citoyenneté, au développement durable, à l'environnement, à l'éducation aux médias et à l'information, ... Ses enjeux sont multiples et s'intéressent davantage à des actions éducatives, à des défis sociétaux plutôt que disciplinaires. De cette façon, elles marquent une rupture avec la forme scolaire traditionnelle dans laquelle les élèves acquièrent des savoirs et connaissances à travers des disciplines scolaires. En effet, les « éducations à » se distinguent de la logique curriculaire des programmes scolaires dans la mesure où elles cherchent davantage à faire évoluer les comportements et attitudes des élèves, à développer leur esprit critique en lien avec leur vie afin d'acquérir une opinion raisonnée.

Contrairement à des pays comme l'Irlande ou la Finlande où l'éducation à la santé représente une discipline à part entière (Jourdan et Simar, 2012), dans le système éducatif français, elle est considérée comme une mission transversale.

La Charte d'Ottawa (1986) définit la santé comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (Organisation Mondiale de la santé (OMS), 1986). En ces termes, il convient de pouvoir mettre en œuvre des méthodes pédagogiques et cohérentes de santé.

Pour ce faire, on peut aborder l'éducation à la santé selon trois grandes approches (Arboix-Calas, 2013). La première approche est l'approche informative qui vise à transmettre des connaissances et des savoirs en vue de faire des choix éclairés pour prendre soin de sa santé.

La deuxième approche, dite prescriptive, cherche à modifier les comportements qui peuvent conduire à des mauvais états de santé.

Enfin, au-delà de la transmission d'informations, la troisième approche, dite éducative, favorise « la prise de conscience ou la conscientisation, qui doit permettre à l'individu de devenir responsable [...] et [d'être] capable de prendre des décisions » (Manderscheid et Pithon, 2000, p.54). Ce dernier

modèle porte donc sur « la personne et le développement de ses compétences psychosociales et cognitives » (Lange et Victor, 2006, p.5).

L'éducation à la santé se définit comme « toute combinaison d'expériences d'apprentissage conçue pour faciliter des adaptations volontaires du comportement conduisant à la santé » (Green cité par Manderscheid, 1994, p.84). Elle est fondée sur des compétences psychosociales (CPS). D'un point de vue de l'OMS (1993), ces compétences se définissent comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est « l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement » (Lamboy et Luis, 2015).

Lamboy et Luis (2015) regroupent ces CPS selon trois catégories :

Compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des <i>feedback</i> .	Compétences de prise de décision et de résolution de problème.	Compétences de régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes.
L'empathie, c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension.	Pensée critique et l'auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.	Compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation.
Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui.		Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation qui favorisent la confiance et l'estime de soi.
Compétences de coopération et de collaboration en groupe.		
Compétences de plaidoyer qui s'appuient sur des compétences de persuasion et d'influence.		

Tableau 1 : Catégories des compétences psychosociales (Lamboy et Luis, 2015)

Ces CPS jouent un rôle très important aussi bien dans la promotion à la santé que dans la prévention des problèmes de santé mentale (Lamboy et Luis, 2015). Dans la charte d'Ottawa de 1986, la promotion de la santé « a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (1986). Par conséquent, l'éducation à la santé participe à la lutte contre le surpoids et l'obésité à travers des approches éducatives et préventives dans un souci de bien-être physique, mental et social.

Parmi les CPS figurent les compétences sociales qui ont directement trait à la citoyenneté. Bien qu'elles fassent l'objet de mutations curriculaires fréquentes depuis 1882 dans le système scolaire français, l'éducation à la citoyenneté prend sa place depuis 2015 dans l'Enseignement Moral

et Civique (EMC) (Audigier, Ethier et Lefrançois, 2017), où la formation de citoyens responsables, autonomes et éclairés, fait partie des finalités de l'école. De la maternelle au lycée, l'éducation à la citoyenneté intervient dans l'enseignement de valeurs républicaines, dans le développement de compétences personnelle et sociale mais aussi dans les opérations de la pensée humaine.

Afin d'apprendre à vivre ensemble dans une société plurielle, l'apprentissage de la citoyenneté passe aussi par une éducation à la tolérance et donc par l'acceptation de l'autre, de ses différences, et de fait, par une déconstruction des préjugés. En changeant le regard des autres sur les personnes obèses, l'éducation à la citoyenneté influe sur la santé mentale, d'une personne souffrant d'obésité, qui constitue, à part entière, une composante de la santé (Tubiana, 2006).

En outre, le Comité d'Éducation à la Santé et la Citoyenneté (CESC), présent dans chaque établissement scolaire au second degré, met en œuvre un projet éducatif en matière d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Ce comité tente de prévenir les conduites à risques et de dépendances. Sa création, en 2005, renforce les influences réciproques entre citoyenneté, santé mentale et santé physique.

Dans ce contexte, l'éducation à la citoyenneté constitue un instrument d'éducation à la santé où l'obésité y prend toute sa place, d'une part, par le lien étroit qu'elle entretient avec l'éducation à la santé, dans une perspective de promotion à la santé ; d'autre part, par la forte corrélation entre la tolérance des enfants face aux différences (ici, face aux différences morphologiques) et l'éducation à la citoyenneté.

1.1.2. Les grands modèles de santé

L'OMS définit la santé comme un « état de complet bien-être, physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1946). Par cette définition, la santé revêt donc un aspect subjectif selon lequel l'âge, l'environnement social, les expériences personnelles peuvent influencer cet état de bien-être. Du point de vue de la perception de santé, trois grands modèles de santé se dégagent.

Le modèle biomédical considère un individu comme un ensemble d'organes. La maladie renvoie à un dysfonctionnement des organes et du système physiologique (Fischer et Tarquinio, 2014). Ce modèle définit ainsi la santé comme une absence de maladie (Arboix-Calas, 2013). Cependant, il a ses limites dans la mesure où la genèse et l'évolution de certaines pathologies peuvent être liées à de nombreux facteurs autres que physiques et organiques (Arboix-Calas, 2013).

Le modèle global, également appelé holistique, va prendre en compte le bien-être social et mental sans pour autant négliger l'aspect somatique. La définition de la santé de l'OMS fait alors ressortir un « équilibre entre les dimensions physiologique, psychologique et sociale de la santé »

(Arboix-Calas, 2013, p.19) et renforce l'aspect subjectif de la santé. Dans ce modèle, la maladie se caractérise par une rupture de cet équilibre. Ainsi, la santé d'un individu tient compte de différentes composantes physique, physiologique et psychique, et s'exprime en termes de bien-être, de qualité de vie dans son environnement.

Enfin, le modèle socio-médical conçoit la santé comme la bonne adaptation d'un individu à son environnement social. L'aspect social de la maladie est clairement mis en exergue dans ce modèle (Fischer et Tarquinio, 2014) qui va s'intéresser davantage au « cheminement d'un individu lorsqu'il est malade, ainsi [qu'au] processus de socialisation qui lui sont liés » (Fischer et Tarquinio, 2014, p.138).

Ce concept multidimensionnel de santé permet ainsi de s'interroger sur les grandes approches de l'éducation à la santé.

1.1.3. Les grandes approches de l'éducation à la santé

En reprenant les termes qui définissent la santé dans la charte d'Ottawa de 1986, il convient de pouvoir mettre en œuvre des méthodes pédagogiques et cohérentes de santé. Pour ce faire, on peut aborder l'éducation à la santé selon trois grandes approches (Arboix-Calas, 2013).

La première approche est l'approche informative qui vise à transmettre des connaissances et des savoirs en vue de faire des choix éclairés pour prendre soin de sa santé.

La seconde approche, dite prescriptive, cherche à modifier les comportements qui seraient néfastes pour la santé.

Enfin, au-delà de la transmission d'informations, la troisième approche, dite éducative, va porter sur « la personne et le développement de ses compétences psychosociales et cognitives » (Lange et Victor, 2006, p.5).

1.2. Le surpoids et l'obésité

1.2.1. Définitions et indicateurs

D'après l'OMS, le surpoids et l'obésité se définissent comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé » dont les conséquences les plus graves se caractérisent à travers des maladies cardiovasculaires, du diabète, des troubles musculosquelettiques ainsi que certains types de cancer. L'obésité est donc un excès de tissu adipeux, plus simplement appelé graisse.

On distingue deux types d'obésité :

- l'obésité gynoïde : elle se caractérise par un excès de graisse qui se situe principalement sur le bas du corps, au niveau des fesses et des cuisses.
- l'obésité androïde (ou abdominale) : elle est diagnostiquée lorsque l'excès de graisse se situe principalement sur le haut du corps, au niveau de l'abdomen.

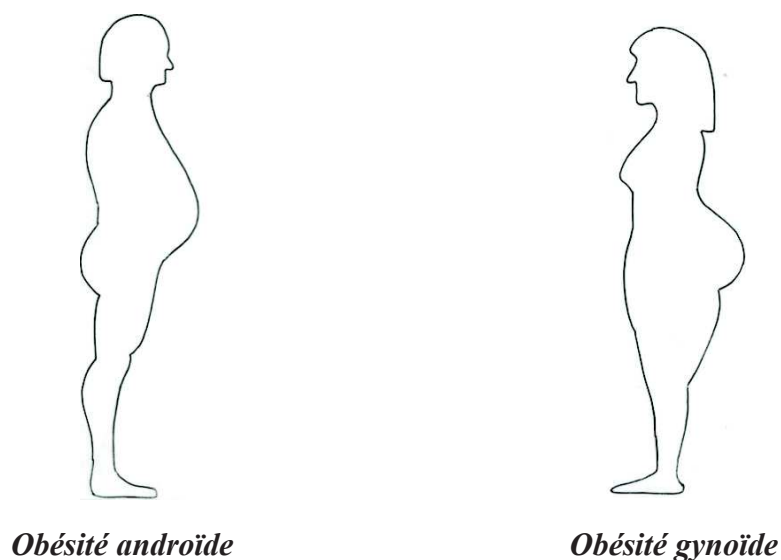


Figure 1 : Répartition de l'excès du tissu adipeux selon le type d'obésité (Gallissot-Pierrot, 2013)

En pratique courante, l'indice de masse corporelle (IMC), appelé aussi indice de Quetelet (au nom de son inventeur Adolphe Quetelet), est un indicateur qui permet de déterminer la corpulence d'une personne en fonction de sa taille (en mètres) et de son poids (en kilogrammes). C'est l'outil de référence reconnu pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il se calcule de la façon suivante : poids (kg) / taille (m)². Il définit plusieurs catégories de poids et n'est correctement interprétable que pour un adulte de 18 à 65 ans :

<i>Classification</i>	<i>IMC (kg/m²)</i>
Maigreur (dénutrition)	< 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Surpoids	25 - 29,9
Obésité	≥ 30
- Obésité grade I (modérée)	30 - 34,9
- Obésité grade II (sévère)	35 - 39,9
- Obésité grade III (massive ou morbide)	≥ 40

Tableau 2 : Classification de l'état nutritionnel chez l'adulte en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)

Chez l'enfant, l'obésité s'interprète à l'aide de la courbe de corpulence, c'est-à-dire de l'IMC, en fonction de l'âge et du sexe. Après avoir calculé son IMC, son résultat est comparé aux seuils des courbes de référence établies en fonction de l'âge et du sexe. Depuis avril 2018, de nouvelles courbes de croissance (courbes de poids, de taille, de périmètre crânien et d'indice de masse corporelle) sont disponibles dans les carnets de santé en France (Annexe 1).

À partir de deux ans, les résultats s'interprètent selon les courbes représentées par l'International Obesity Task Force (IOTF) et proposées par le Plan National Nutrition Santé (PNNS) :

- IMC inférieur au centile IOTF-17 : maigreur
- IMC compris entre le centile IOTF-17 et le centile IOTF-25 : corpulence normale
- IMC compris entre le centile IOTF-25 et le centile IOTF-30 : surpoids
- IMC : supérieur au centile IOTF-30 : obésité

Cependant, l'IMC présente quelques limites. Se basant uniquement sur le poids et la taille, le critère sexe - homme ou femme - n'est pas pris en compte alors qu'il pourrait impacter vraisemblablement la composition corporelle. De plus, l'IMC ne prend pas en compte la différence entre la masse maigre, masse osseuse et masse grasse. Il ne permet donc pas de distinguer une personne extrêmement musclée ou ayant un squelette très lourd, par exemple, et une personne en surpoids qui a d'importantes réserves de graisses.

1.2.2. Prévalence de l'obésité

a) Dans le monde

En 1997, l'OMS a reconnu officiellement l'obésité comme une maladie chronique et la cinquième cause de mortalité au niveau mondial. En atteignant chaque année environ 2,8 millions de décès liés au surpoids et à l'obésité (OMS, 2017), elle la qualifie même d'« épidémie mondiale ».

La prévalence du surpoids et de l'obésité a tendance à augmenter à un rythme préoccupant et n'épargne plus aucune région du monde. Selon l'OMS, l'obésité a presque triplé, entre 1975 et 2016, et il est largement admis que l'urbanisation constitue une des causes majeures de l'épidémie de l'obésité dans le monde. En effet, longtemps cantonnés aux pays développés à haut revenu, le surpoids et l'obésité augmentent de façon spectaculaire dans les pays à faible ou moyen revenus, tels que le Brésil, le Chili, l'Égypte, Haïti. Dans les pays en développement, le nombre de personnes obèses ou en surpoids a presque quadruplé entre 1980 et 2008 passant de 250 millions à 904 millions de personnes tandis que celui des pays développés a été multiplié par 1,7 passant de 321 millions à 557 millions de personnes (Troude-Chastenet, 2015). On compte 57% de la population mondiale qui vit dans des pays où le surpoids et l'obésité tuent davantage de personnes que l'insuffisance pondérale (OMS, 2017). Ces chiffres laissent apparaître l'obésité comme un phénomène en pleine explosion dans les pays en développement.

D'après les récentes estimations mondiales de l'OMS, en 2016, plus de 1,9 milliards (39%) d'adultes - personnes de 18 ans et plus - étaient en surpoids (39% des hommes et 40% des femmes) dont plus de 650 millions (13%) étaient obèses (11% des hommes et 15 % des femmes) (OMS, 2020).

Selon un rapport de 2017 de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), l'obésité touche 30% au moins de la population aux États-Unis, en Hongrie, au Mexique et en Nouvelle-Zélande. En revanche, en Corée, en Italie et au Japon, elle enregistre ses taux les plus bas (moins de 10%) (OCDE, 2017)

L'obésité infantile dans le monde, quant à elle, a atteint des niveaux épidémiques dans les pays développés bien que sa prévalence augmente dans les pays en développement.

Le nombre de nourrissons et de jeunes enfants en surpoids ou obèses dans le monde a connu une augmentation significative passant de 32 millions en 1990 à 41 millions en 2016 (OMS, 2020). Selon l'OMS, en 2019, près de 38 millions d'enfants de moins de cinq ans étaient en surpoids ou obèses (OMS, 2017). En 1975, le taux d'obésité des enfants et adolescents représentait 1% (environ 5 millions de filles et 6 millions de garçons). En 2016, ce taux s'élève à environ 6% chez les filles (50 millions) et près de 8% chez les garçons (74 millions). Le nombre d'enfants et

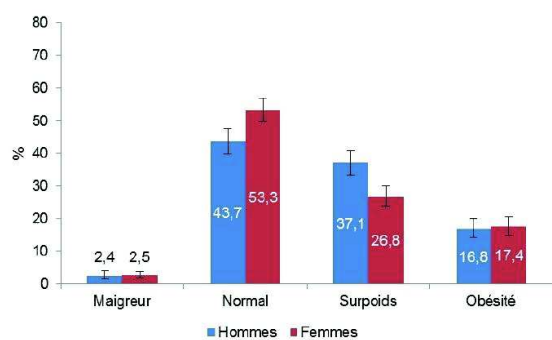
d'adolescents touchés par l'obésité est passé de 11 millions en 1975 à 124 millions en 2016. On compte également 213 millions d'enfants en surpoids en 2016 (OMS, 2017).

b) En France

Entre 1997 et 2012, les études ObEpi-Roche, à l'initiative des Laboratoires Roche et réalisées en collaboration avec l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et Kantar Health (groupe spécialisé dans les études et le conseil dans le domaine de la santé), ont analysé et évalué, tous les trois ans, la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les Français âgés de 18 ans et plus. La dernière enquête nationale ObEpi-Roche 2012 a révélé que 32,3% des Français adultes, âgés de 18 ans et plus, étaient en surpoids, soit 14,8 millions de personnes ; et 15% présentaient une obésité, soit 6,9 millions de personnes obèses.

Même si la prévalence de l'obésité a connu une décélération entre 2009 et 2012, elle représente globalement une augmentation significative de 76% entre 1997 et 2012, soit une augmentation de 3 356 215 personnes obèses.

Plus récemment en 2015, l'Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), Esteban 2015¹, qui faisait suite à l'Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS), réalisée en 2006, indiquait que plus d'un homme sur deux était en surpoids ou obèse (54%) contre 44% des femmes :

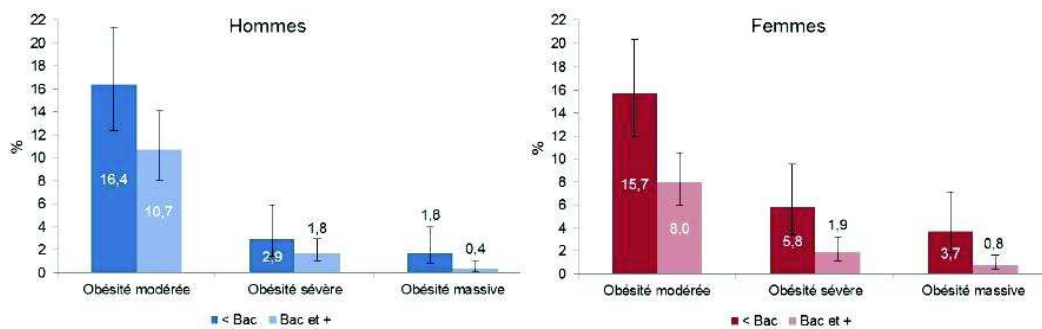


La corpulence rend compte de l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références OMS) : maigreur (IMC < 18,5), normal (18,5 ≤ IMC < 25,0), surpoids (25,0 ≤ IMC < 30,0) et obésité (IMC ≥ 30,0).

Figure 2 : Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe, étude Esteban 2015, France (Santé Publique)

L'obésité en France était estimée à 17% sans distinction entre hommes et femmes. L'étude a fait remarquer que la prévalence de l'obésité augmentait avec l'âge et restait supérieure chez les personnes les moins diplômées :

¹ Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance l'activité physique et la nutrition qui s'inscrit dans le cadre du Plan National Nutrition Santé (PNNS) réalisée sur un échantillon d'enfants de 6 à 17 ans et d'adultes de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine.

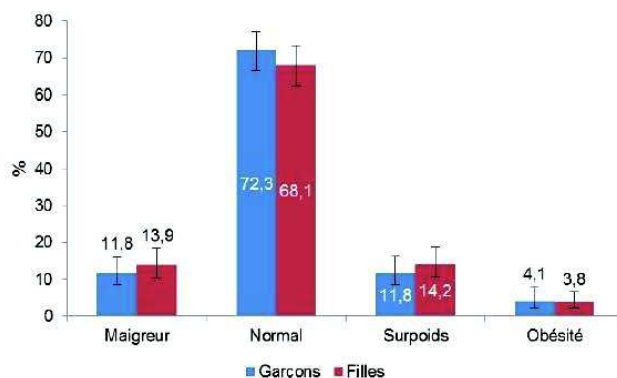


* Le diplôme rend compte du diplôme d'enseignement général où technique le plus élevé que la personne a obtenu. Il est exprimé ici en deux classes : < Bac (sans diplôme ou diplôme inférieur au baccalauréat) et Bac et + (baccalauréat et diplôme de niveau supérieur)

Figure 3 : Prévalence de l'obésité (modérée, sévère et massive) chez les hommes et les femmes de 18-74 ans selon le diplôme*, étude Esteban 2015, France (Santé Publique)

Quant à la prévalence de l'obésité infantile en France (enfants de 5 à 12 ans), elle a plus que doublé entre les années 1980 et 2000. L'ENNS, réalisée en 2006, estimait la prévalence du surpoids à 18% chez les enfants de 3 à 17 ans, dont 3,7% d'enfants obèses.

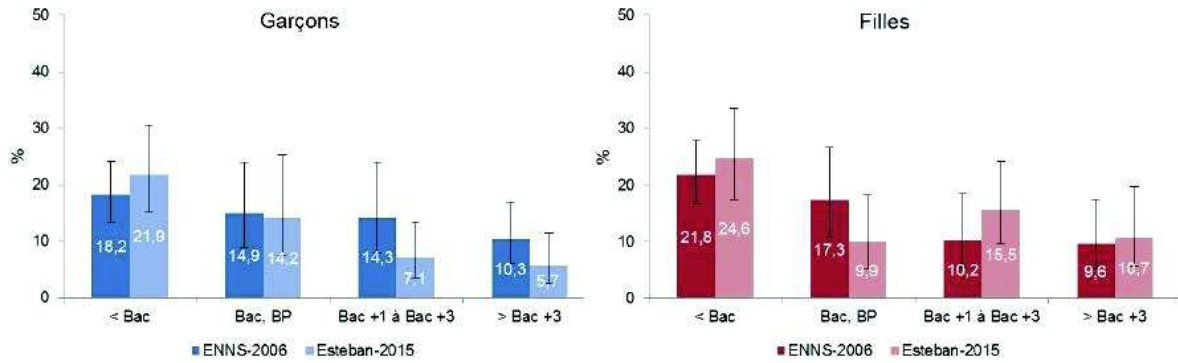
En 2015, l'étude Esteban indiquait que 17% des enfants, âgés de 6 à 17 ans, étaient en surpoids dont 4% obèses. Le surpoids et l'obésité touchaient 16% des garçons et 18% des filles :



La corpulence rend compte de l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références IOTF-2012) : maigreurs (courbe de centiles en dessous de 18,5 à 18 ans), normal, surpoids (courbe de centiles entre 25,0 et 29,9 à 18 ans) et obésité (courbe de centiles atteignant 30,0 à 18 ans).

Figure 4 : Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans de selon le sexe, étude Esteban 2015, France (Santé Publique)

Dans les deux études ENNS 2006 et Esteban 2015, une corrélation entre la prévalence du surpoids (obésité incluse) et les enfants, dont les personnes de référence du ménage sont les moins diplômées, apparaît également :



* Le surpoids, y compris l'obésité, est défini par la courbe de centiles atteignant 25,0 à 18 ans selon les références IOTF-2012

** Le diplôme rend compte du diplôme d'enseignement général ou technique le plus élevé que la personne de référence du ménage a obtenu. Il est exprimé en 4 classes : < Bac (aucun diplôme, certificat d'études primaires, CAP, BEP, BEPC, brevet élémentaire, brevet de compagnon) ; Bac, BP (baccalauréat général technologique ou professionnel, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, capacité en droit) ; Bac +1 à Bac +3 (diplôme de 1^{er} cycle universitaire, bac +3, licence, BTS, DUT, DEUG, diplôme des professions sociales ou de la santé, diplôme d'infirmier) ; > Bac +3 (diplômes de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle universitaire [y compris médecine, pharmacie, dentaire], master, doctorat, diplôme d'ingénieur, diplôme d'une grande école).

Figure 5 : Prévalence du surpoids (obésité incluse)* chez les enfants de 6-17 ans selon le sexe et le diplôme** de la personne de référence du ménage. Comparaison entre ENNS 2006 et Esteban 2015, France (Santé Publique)

Pour résumer, la comparaison des résultats des études ENNS et Esteban montre que le surpoids et l'obésité entre 2006 et 2015 se sont stabilisés chez les adultes et les enfants :

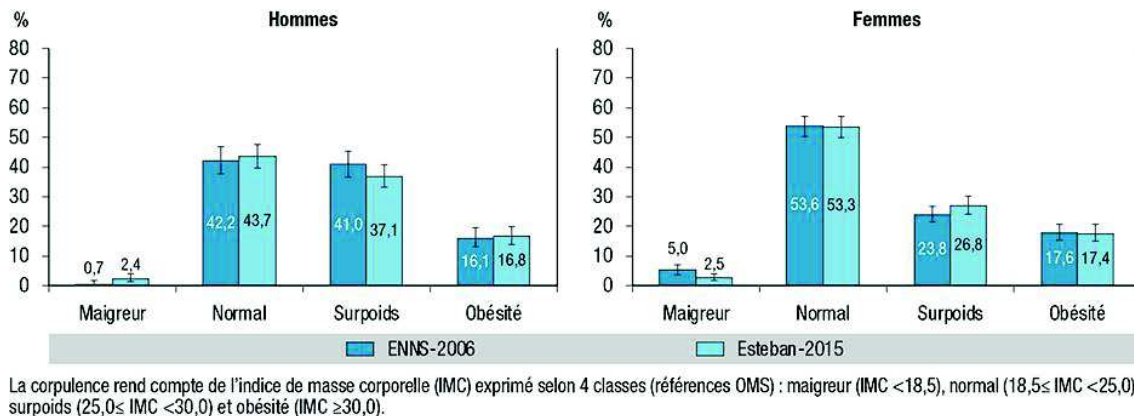


Figure 6 : Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe. Comparaison entre ENNS 2006 et Esteban 2015, France (Santé Publique)

Même si elle n'a pas encore atteint la situation des États-Unis, la prévalence de l'obésité en France n'en reste pas moins inquiétante quand près de la moitié des adultes et 17% des enfants sont en surpoids, avec respectivement 17% et 4% d'obésité.

Au vu de ces chiffres, l'obésité n'est donc pas à sous-estimer, raison pour laquelle il est important d'en comprendre les causes afin de mettre en œuvre des moyens de prévention.

1.3. Déterminants de l'obésité

L'obésité, dite commune ou primaire, constitue la très grande majorité des cas. Elle fait interagir susceptibilité génétique et environnement à risque et intervenir les facteurs génétiques, environnementaux, psychologiques et sociaux. Par opposition, l'obésité dite secondaire, d'origine iatrogène (liée à certains traitements médicamenteux), génétique ou endocrinienne (liée à un trouble hormonal) est, quant à elle, plus rare (Nègre, 2014).

L'obésité correspond à un excès de masse grasse et son développement résulte d'un déséquilibre de la balance énergétique, c'est-à-dire lorsque les apports sont excessifs par rapport à la dépense engagée. Cependant, l'étiologie du surpoids et de l'obésité est complexe et multifactorielle. Certains déterminants ne sont pas directement corrigibles par l'homme et ne peuvent donc pas faire l'objet d'une prévention alors que d'autres peuvent l'être grâce à des actions humaines.

Sans prétention quant à l'exhaustivité, plusieurs facteurs ont été reconnus comme étant associés au surpoids et à l'obésité.

1.3.1. Déterminants génétiques

a) Héritabilité

Des études d'épidémiologie génétique ont permis d'identifier le rôle de l'hérédité dans la détermination et l'évolution de la masse corporelle et de confirmer l'hérédité dans le déterminisme génétique de l'obésité (Fumeron, 2003). Bien que les variables génétiques soient spécifiques à l'individu et non contrôlables, d'autres facteurs tels que le sexe, l'âge, ou encore l'origine ethnique, entrent en jeu. En effet, selon les populations, la composition corporelle est inégale d'une ethnie à l'autre.

b) Épigénétique

L'épigénétique correspond à l'étude des changements d'expression des gènes ayant lieu sans modification de la séquence d'ADN. Les modifications épigénétiques sont influencées par l'environnement, nos comportements quotidiens (alimentation, tabagisme, stress ; etc.) et sont, de ce fait, réversibles. Notre mode de vie pourrait ainsi laisser dans nos cellules « une trace génétique » transmissible d'une génération à l'autre.

1.3.2. Déterminants biologiques

Des modifications hormonales, telles que la grossesse ou la ménopause par exemple, certains troubles endocriniens ou maladies endocriniennes, comme l'hypothyroïdie, ou encore les traitements médicaux (hormonaux notamment), peuvent constituer des facteurs de l'obésité.

Plus récemment, au cours des dernières années, les scientifiques ont souligné l'impact du microbiote intestinal. Le microbiote intestinal (ou flore intestinale) est un « ensemble de micro-organismes - bactéries, virus, parasites et champignons, non pathogènes, dits commensaux », présents dans notre tube digestif (INSERM). De nombreuses recherches s'orientent de plus en plus vers une implication du microbiote intestinal dans l'origine de certaines maladies, comme celle de l'obésité (Université de Genève, 2015).

1.3.3. Déterminants socioéconomiques

À travers leurs études, Sobel et Stunkard (1989) ont montré le lien étroit entre le statut socioéconomique et le risque d'obésité. Cette idée s'est fortement accentuée à travers la grande majorité d'études menées sur ce parallélisme influencé par le niveau d'éducation, la profession, les revenus ou encore le niveau d'instruction et de connaissances en matière de santé.

Selon les résultats publiés par les études en France, des différences ont été constatées selon le lieu d'habitation. Compte tenu des variables environnementales, le niveau de développement d'une région, son urbanisation, son climat ou sa culture, pourraient favoriser l'extension de l'obésité et expliquer ainsi les différences constatées entre régions.

1.3.4. Déterminants comportementaux

a) Comportements alimentaires

Outre les prédispositions génétiques, l'apport alimentaire fait partie des déterminants fondamentaux de l'obésité. Pour rappel, l'obésité se définit par un excès de masse grasse et résulte d'un déséquilibre entre les apports représentés par l'alimentation et les dépenses représentées, entre autres, par l'activité physique. Pour digérer et stocker les aliments, l'organisme dépense de l'énergie. Cette consommation d'énergie va varier selon la qualité et la quantité des aliments ingérés.

D'autre part, le comportement alimentaire peut être à la fois cause ou conséquence de l'obésité. En effet, différentes conduites alimentaires, bien que non spécifiques de l'obésité, peuvent expliquer un surpoids ou une obésité, telles que l'hyperphagie, le grignotage, des régimes trop restrictifs.

b) Sédentarité

La sédentarité, ou comportement sédentaire, se définit par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible proche de celle au repos, en position assise ou allongée (excluant le sommeil). Cette sédentarité se caractérise par le temps passé devant les écrans (télévision, ordinateur, jeux vidéo), par l'utilisation des modes de transport « passifs », par les métiers privilégiant majoritairement une position assise au travail, par toutes les activités réalisées au repos en position assise ou allongée comme lire, écrire, converser par téléphone (ANSES, 2020). Elle entraîne une réduction de la masse musculaire et une augmentation de la graisse corporelle totale, ce qui favoriserait la prise de poids et constituerait donc un facteur de risque de survenue de l'obésité et du surpoids (Oppert, 2004).

c) Sommeil

L'évolution des modes de vie, les contraintes familiales ou professionnelles ou encore les problèmes de santé ont des conséquences sur le temps de sommeil. D'après une étude menée par Santé publique France en 2019, le temps de sommeil des Français se retrouve en-dessous du seuil des sept heures par nuit recommandées. Ce manque de sommeil a des conséquences sur la santé et favorise la prise de poids (Van Cauter et coll., 2008). D'une part, le manque de sommeil influence les comportements favorables au développement de l'obésité. Par exemple, la fatigue associée à un manque de sommeil pourrait favoriser les comportements sédentaires et donc la prise de poids. D'autre part, plusieurs études ont suggéré que le manque de sommeil influencerait également nos hormones. Ces déséquilibres hormonaux conduisent donc à des attitudes alimentaires délétères qui stimulent les prises alimentaires et participent à la prise de poids (Van Cauter et coll., 2008).

1.3.5. Déterminants psychologiques

Même si les déterminants psychologiques ne constituent pas à eux-seuls un facteur de l'obésité, ils se définissent plutôt comme un facteur aggravant le mal-être des personnes obèses. L'influence psychologique va jouer un rôle déterminant dans la genèse de l'obésité et se manifester à travers des désordres du comportement alimentaires liés à un mal-être. Chaque personne a un rapport différent avec la nourriture selon son histoire et la place que la nourriture a dans sa vie (Arboix-Calas, 2013). Selon Basdevant, « autour de l'acte alimentaire se jouent des processus décisifs sur le développement de l'enfant » (Basdevant, 2006, p.566).

Ces désordres alimentaires vont engendrer une modification du comportement alimentaire, telle que des impulsions alimentaires, favorisant la prise de poids. Dans ce cas, la prise alimentaire,

largement dépendante des émotions et affects, peut donc être la conséquence du stress, de l'anxiété ou encore, de la dépression.

a) Stress et anxiété

Les désordres psychologiques, tels que le stress et l'anxiété, peuvent aussi bien provoquer un changement du comportement alimentaire que modifier le bilan énergétique indépendamment de la prise alimentaire (Basdevant, 2006).

Des études épidémiologiques et de données expérimentales ont suggéré le lien étroit entre stress et obésité abdominale en évoquant le rôle implicite du cortisol, l'hormone du stress (Rosmond, Dallman et Björntrop, 1998).

Le stress est un ensemble de réactions physiques, physiologiques (sueur, accélération du cœur, respiration) et psychologiques (troubles du sommeil, inquiétude) face à une « agression » physique ou psychologique extérieure à laquelle l'individu ne pense pas faire face correctement. Lors de ces réactions, les glandes surrénales vont sécréter du cortisol. Son taux va s'élever massivement en donnant à l'organisme les moyens de mieux gérer ce stress. Cependant, si ce taux reste élevé de manière chronique, il stockera les graisses plus facilement favorisant ainsi la prise de poids (Lecerf, 2006).

L'anxiété est un trouble psychique qui se caractérise par la crainte de la survenue d'un danger ou d'un malaise et qui s'accompagne de symptômes. Comme le stress, les causes peuvent être variées. L'anxiété entraîne également une prise alimentaire plus importante permettant ainsi de calmer ses émotions.

b) Dépression

La diminution de l'estime de soi, les phobies, les comportements antisociaux, l'insatisfaction corporelle sont tout autant de facteurs qui peuvent conduire une personne dans un état dépressif susceptible d'entraîner une compensation alimentaire. En compensant des émotions négatives par la nourriture, cela va favoriser une prise de poids, voire une obésité. La dépression augmenterait même de 58% le risque d'obésité (Luppino et coll., 2010). Dans le cadre d'un état dépressif, la prise alimentaire intervient comme un mécanisme de défense pour pallier cette dépression encore plus grande. On qualifie ces personnes de « mangeurs compulsifs ».

c) Hyperphagie (« Binge Eating Disorder »)

L'hyperphagie, également appelée « hyperphagie boulimique », est un trouble du comportement alimentaire et se caractérise par des prises alimentaires compulsives dans lesquelles les aliments n'ont aucun « lien logique » entre eux, l'objectif étant simplement de manger rapidement

et de façon excessive (Berdah, 2010). Une crise hyperphagique se définit comme une perte de contrôle sur le comportement alimentaire. Ce trouble alimentaire peut être causé par un dérèglement psychologique, tel que la dépression, l'anxiété ou le stress, ou une atteinte affective (Berdah, 2010).

Au regard de ces déterminants psychologiques, quelle qu'en soit l'origine responsable d'une obésité, tous se caractérisent par une compensation alimentaire qui accélère et accentue la prise de poids. Les personnes souffrant d'obésité deviennent une source importante de stigmatisations, de discriminations, de préjugés, d'hostilité et de préjugés négatifs. Non seulement, ce stéréotype négatif entretient le mal-être dans lequel les personnes obèses se trouvent mais elle aggrave également l'obésité, en plus d'aggraver leurs troubles du comportement alimentaire, créant ainsi un cercle vicieux difficile à vaincre et à stabiliser.

Bien que l'ensemble des causes ne soit pas exhaustif, les conséquences de l'obésité sont tout aussi nombreuses quand on constate que cette maladie peut avoir des conséquences notables physique, psychologique et sociale.

1.4. Complications de l'obésité

L'obésité est reconnue comme un problème majeur et mondial de santé publique. Ses complications sévères, parfois mortelles, étant multiples, un recueil exhaustif de ces dernières ne sera pas réalisé dans ce mémoire. Seules les principales d'entre elles seront évoquées et principalement, les conséquences psychologiques.

1.4.1. Complications physiques

a) Complications cardiovasculaires et métaboliques

L'hypertension artérielle (HTA), le diabète de type 2 (liée à une insulino-résistance), les dyslipidémies constituent de nombreux facteurs de risques cardiovasculaires (Basdevant, 2006). L'HTA se caractérise par une élévation anormale de la tension artérielle au repos et présente des risques de développement de maladies cardiovasculaires comme l'insuffisance cardiaque. Elle peut être à l'origine d'accidents cardiovasculaires (tels que l'accident vasculaire cérébral (AVC) ou l'infarctus du myocarde) et de la mortalité qui y est liée.

b) Complications respiratoires

Les principales complications respiratoires liées à l'obésité sont l'hypoventilation alvéolaire, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) et l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP).

L'hypoventilation alvéolaire, appelée syndrome obésité-hypoventilation (SOH), se traduit par des altérations fonctionnelles du mécanisme respiratoire imposées par l'obésité et une diminution de la réponse respiratoire au CO₂.

Bien que souvent associé au SOH, le SAOS, quant à lui, se caractérise par une insuffisance respiratoire au cours de laquelle le flux aérien s'arrête pendant au moins dix secondes plus de cinq fois par heure de sommeil. Une augmentation de 10% du poids multiplie par six le risque de développer un SAOS (Flávia Gabe, Nguyen-Plantin et Fleury, 2015).

L'HTAP, défini par une augmentation des résistances des artères pulmonaires chargées de transporter le sang au poumon afin qu'il soit chargé en oxygène, se manifeste par une dyspnée d'effort (essoufflement à l'effort) et peut donc présenter des signes d'insuffisance cardiaque ou respiratoire.

c) Autres complications somatiques

Une surcharge pondérale peut engendrer d'autres complications, comme des complications ostéoarticulaires. En effet, l'excès de poids va impacter directement les articulations et provoquer des pathologies au niveau des hanches, de la colonne vertébrale, des chevilles et, plus particulièrement, des genoux, entraînant ainsi des complications mécaniques.

D'autre part, dans certains cas, l'obésité est corrélée à la survenue de certains cancers, comme le cancer de la prostate, le cancer colorectal chez l'homme, ou bien le cancer du sein, de l'endomètre, des ovaires chez la femme (liste non exhaustive).

1.4.2. Complications psychologiques et sociales

Outre les complications que l'obésité peut avoir sur la santé physique, les répercussions psychologiques et sociales sont loin d'être négligeables. Les déterminants psychologiques de l'obésité peuvent également constituer les conséquences de celle-ci, comme l'anxiété, le stress, l'hyperphagie ou la dépression. En effet, l'obésité peut modifier négativement le comportement alimentaire, à travers des compulsions de prises alimentaires par exemple, afin de pallier un mal-être psychologique.

De la même façon, l'obésité peut être à l'origine de situations stigmatisantes, voire discriminantes, qui vont avoir un impact direct sur le bien-être psychologique, l'image de soi, la

dépression et le stress perçus. Les déterminants et complications psychologiques entretiennent donc une relation de causalité entre eux.

a) Stigmatisation et discrimination

Même si Goffman n'a pas étudié la stigmatisation des obèses, il conceptualise la stigmatisation comme « un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres » (Goffman (1975) cité par Roelandt et coll., 2012).

C'est en 1968 que Cahnman utilise pour la première fois le concept de « stigmaté » (attribut discriminant) et donne une première définition de la stigmatisation : « Par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale » (Cahnman (1968) cité par Berdah, 2010, p.187).

En d'autres termes, la stigmatisation se définit par la mise à l'écart d'une personne compte tenu de ses différences, quelles qu'elles soient, que les autres considèrent comme une marque négative ou une marque d'infériorité contraire aux normes, que cela soit auprès de sa famille, de ses amis, à l'école, au travail, ou encore auprès des services de soins de santé.

Au fil des années, la stigmatisation a été nourrie par l'évolution de la représentation sociétale du corps (Poulain, 2009). Aujourd'hui, de nombreuses personnes en surpoids ou obèses sont souvent dévalorisées, représentées comme des personnes paresseuses, dépourvues de volonté et d'autodiscipline, peu désirées et responsables de leur poids. Leurs relations sociales peuvent se voir dégrader affectant ainsi directement leur identité sociale et personnelle ainsi que le regard qu'elles portent sur elles-mêmes. Dès l'âge de trois ans, les enfants peuvent manifester des comportements et des jugements stigmatisants à l'égard d'adultes ou d'enfants en surpoids (Cramer et Steinwert, 1998).

La stigmatisation du surpoids s'exprime sous la forme de stéréotypes, de préjugés et de traitements injustes à l'égard des personnes obèses. Ceux qui portent un jugement sur les personnes obèses pensent, à tort, que la stigmatisation peut être source de motivation pour les amener à adopter des comportements plus sains en termes d'alimentation et d'activité physique (Puhl et Brownell, 2001).

D'autre part, dans la société française où le culte de la minceur est prôné, les messages sociaux et médiatiques renforcent ces stigmatisations, assises sur les représentations sociales, ce qui provoque une dévalorisation de soi qui entrave la mise en œuvre d'efforts efficaces de prévention de l'obésité. La stigmatisation devient alors un véritable cercle vicieux :

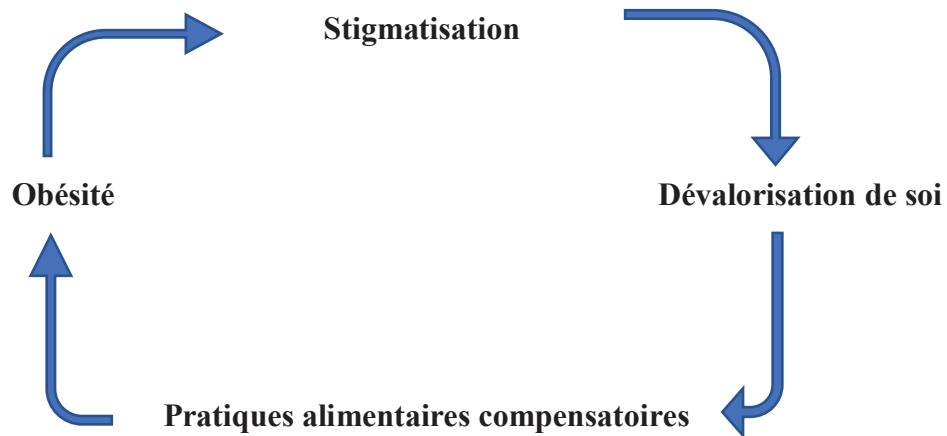


Figure 7 : Cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité (INSERM)

La stigmatisation présente de graves risques sur la santé psychologique et physique. Ses conséquences vont se traduire à travers un sentiment de rejet qui peut générer une dévalorisation, une image corporelle négative, un sentiment de honte, une désocialisation, un besoin de s'isoler, un échec scolaire (liste non exhaustive). Elles peuvent entraîner un stress psychologique chronique, de l'anxiété, une dépression pouvant aller jusqu'à des actes et pensées suicidaires. Une nouvelle fois, ces conséquences néfastes constitueront de nouveaux facteurs aggravants de l'obésité notamment à cause de la compensation alimentaire et des réactions physiologiques liées au stress et à l'anxiété.

Outre, les conséquences dommageables sur le bien-être physique, mental et social, les situations stigmatisantes à l'égard des personnes obèses peuvent également se transformer en véritables discriminations sociales. Fayard et Fortin (2012) donnent une définition de la discrimination:

C'est la distinction, l'isolement, la ségrégation de personnes ou d'un groupe de personnes par rapport à un ensemble plus large. Elle consiste à restreindre les droits de certains en leur appliquant un traitement spécifique défavorable. [En se référant au domaine du droit et de la loi], volontaire ou inconsciente, la discrimination porte atteinte à l'égalité des droits et à l'égalité des chances mais aussi à l'égalité des devoirs. (Fayard et Fortin, 2012, p.13).

Les comportements discriminatoires peuvent se retrouver dans différents domaines tels que l'emploi, les soins médicaux et de santé mais aussi l'éducation. Des études indiquent que les enfants d'âge scolaire atteints d'obésité ont 63% plus de risque de se faire harceler (OMS, 2017). Tout comme pour la stigmatisation, les personnes obèses peuvent être aussi victimes de discriminations, d'intimidations, de brimades. Les conséquences peuvent alors être graves et affecter les possibilités d'épanouissement conduisant des inégalités sur le plan social.

Les stigmatisations et discriminations des personnes obèses constituent des facteurs de détérioration (Rubio, 2019) qui entraînent une intégration scolaire susceptible de rencontrer des

difficultés face au regard dénigrant que les autres peuvent porter à leur égard, et de fait, une « intégration sociale future moins facile [qui] pourrait les inciter à adopter des comportements favorables à la persistance du surpoids » (Charles et Heude, 2001, p.478).

b) Stress et anxiété

La discrimination et la stigmatisation liées au surpoids et à l'obésité peuvent devenir des phénomènes profondément angoissants pour les personnes obèses. Les effets négatifs de l'obésité sur la santé, ou encore sur la qualité de vie, peuvent engendrer des situations stressantes et des troubles anxieux (Gariépy, Nitka et Schmitz, 2010). Ainsi, le comportement alimentaire peut se voir négativement modifié, ce qui peut induire une augmentation de la prise alimentaire pour combler cette anxiété. En cas de stress ou d'anxiété, le corps va libérer du cortisol qui, de façon chronique, favorisera le stockage des graisses et, par conséquent, la prise de poids qui se retrouvera alimenté par ce stress. De ce fait, le stress devient alors un nouveau facteur de l'obésité.

c) Dépression

Parmi les complications psychologiques, une personne souffrant d'obésité a très souvent une mauvaise image de son corps qui se voit accentuée notamment par le regard des autres. Sur le même plan, l'obésité entraîne généralement une insatisfaction de son image corporelle, une mauvaise estime de soi ayant pour conséquence un mal-être grandissant qui peut conduire à une dépression. La corrélation entre obésité, image négative du corps et estime de soi a donc un impact sur le développement de troubles dépressifs. En effet, les personnes obèses augmenteraient de 55% le risque de développer une dépression (Luppino et coll., 2010).

En étant confrontée au regard des autres, une personne obèse va alimenter sa faible estime d'elle-même par un sentiment de honte, d'illégitimité ou d'infériorité jusqu'à parfois se sentir rejetée. Ce rejet social va s'associer à une stigmatisation qui va aggraver et entretenir le cercle vicieux dans lequel stigmatisation et obésité sont en constante interaction. De plus, cette dépression peut engendrer des modifications négatives du comportement alimentaire, telles qu'une compensation alimentaire ou l'hyperphagie, aggravant la santé physique et, par conséquent, la santé mentale.

d) Hyperphagie (« Binge Eating Disorder »)

Généralement, l'obésité génère une diminution de l'estime de soi qui peut engendrer des troubles dépressifs ou anxieux. Ceux-ci vont alors se manifester à travers une « alimentation émotionnelle » qui se caractérise par la prise excessive, rapide et non raisonnée d'aliments. Cette suralimentation chronique entraîne ainsi une prise de poids qui renforce d'autant plus cette mauvaise

estime de soi. L'hyperphagie va donc avoir un impact direct sur le maintien ou l'aggravation de l'obésité chez une personne obèse (Ritz, 2017).

Quelle que soit la complication de l'obésité, on constate qu'il s'agit bien d'un cercle vicieux où les aspects psychosociaux s'auto-entretiennent puisqu'ils constituent aussi bien des déterminants que des complications de l'obésité. À l'exemple du cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité, j'ai choisi d'illustrer ce constat de la façon suivante :



Figure 8 : Cercle vicieux entretenu entre déterminants psychologiques et complications psychologiques

Au vu des nombreuses conséquences néfastes de cette maladie, l'existence de programmes et d'actions de prévention demeure indispensable dans la lutte contre l'obésité et le surpoids.

1.5. Contextualisation : prévention de l'obésité

Historiquement, à l'époque médiévale, en Europe occidentale, la représentation du corps « gros » était signe de richesse et de santé tandis que le « très gros » posait quelques préoccupations et critiques (Vigarello, 2010).

C'est à la Renaissance que les représentations commencent à changer assimilant le « gros » à une personne paresseuse, lourde et inutile et qu'un langage méprisant envers les hommes « gros » apparaît. Au XVIIIème siècle, une distinction entre les représentations du corps masculin et féminin s'installe acceptant la grosseur d'un corps masculin contrairement à la silhouette féminine qui se doit d'être mince. C'est à cette même époque que les premières indications chiffrées permettant d'étudier les morphologies apparaissent. La souffrance des personnes obèses, à travers un mal-être physique et moral, se fait alors ressentir.

Progressivement, l' « accroissement des affinements corporels, la surveillance plus aigüe des contours, le refus plus alarmé des lourdeurs » (Vigarello, 2010, p.10) laissent place à un idéal de corps mince entraînant ainsi les stigmatisations des personnes obèses considérées comme des personnes sans volonté de maigrir et incapables de se maîtriser.

Dans certaines régions de pays pauvres, comme l'Afrique par exemple, bien que l'obésité soit perçue comme un signe de richesse associé à un statut socio-économique élevé (Correia et Golay, 2016), aujourd'hui, dans les pays développés, le culte de la minceur et les idéaux de beauté, grandement influencés par les médias, alimentent l'image d'un « corps parfait ».

Parallèlement, depuis 1997, l'obésité et le surpoids en France sont devenus des phénomènes reconnus comme une véritable pandémie, raison pour laquelle l'OMS intervient régulièrement à travers des stratégies basées sur la prévention de l'obésité.

1.5.1. Les programmes et actions de prévention

L'obésité infantile est un danger majeur car elle présente des risques accrus quant à un décès prématuré et une incapacité à l'âge adulte (OMS). Même si des changements de comportements peuvent permettre d'améliorer l'état de sa santé, il n'est pas rare de voir des enfants, en surpoids ou obèses, qui le restent à l'âge adulte. C'est à partir de ce moment que les chances de contracter des maladies non transmissibles, liées à l'obésité, augmentent, et ce, à un âge plus précoce. À court terme ou à long terme, les conséquences peuvent être graves. Des chercheurs soulignent les risques de l'obésité infantile sur la santé. Les enfants obèses auraient un risque de mortalité trois fois plus élevé au début de l'âge adulte que les enfants de la population générale et un risque significativement plus élevé de mortalité prématurée en tant que jeunes adultes.

Tous les sept ans, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), chargée d'assurer la sécurité sanitaire humaine et d'évaluer les risques dans les domaines de l'alimentation, de l'environnement et du travail, réalise une étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA)² qui a pour finalité de photographier et de mieux connaître les consommations et les habitudes alimentaires des Français (choix de leurs aliments, consommation de compléments alimentaires, pratique d'activité physique et niveau de sédentarité).

Cette étude permet de connaître la qualité nutritionnelle des aliments pour garantir leur sécurité sanitaire dans le but de mieux prévenir ainsi l'apparition de certaines maladies, comme le

² INCA1 (1998-1999), INCA2(2006-2007), INCA3 (2014-2015)

cancer, l'obésité ou les maladies cardio-vasculaires, sur lesquelles l'alimentation joue un rôle essentiel. Ses résultats peuvent ainsi modifier ou construire de nouvelles réglementations notamment dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS).

Selon la dernière étude INCA³, qui cible la population générale de la naissance à 79 ans vivant en France métropolitaine, les nouveaux comportements ne semblent pas rassurants : d'une part, dans le choix et le mode d'utilisation des aliments ; d'autre part, à travers le statut pondéral et le niveau d'activité physique qui restent inadaptés et où la sédentarité se voit de plus en plus présente dans le mode de vie des Français.

Face à la prévalence préoccupante de l'obésité, le Haut Conseil de la Santé Publique, (HCSP), chargé d'apporter une aide à la décision au ministre de la Santé en réalisant des rapports sur la santé en France et en formulant des recommandations (ministère des Solidarités et de la Santé, 2017), fixe les objectifs nutritionnels de santé publique pour définir les actions prévues dans le PNNS.

Le premier PNNS a été mis en place en 2001 par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un des déterminants majeurs : la nutrition. Le PNNS 2 en 2006 et PNNS 3 en 2011 poursuivent cet objectif. Par la nutrition, le PNNS y associe l'équilibre entre apports, liés à l'alimentation, et les dépenses occasionnées par l'activité physique. Au travers d'actions de prévention qui reposent sur l'amélioration de la consommation alimentaire, mais aussi sur la promotion d'activité physique, le PNNS participe à la lutte contre l'obésité et le surpoids et vise la réduction des pathologies nutritionnelles liées. Il communique ses informations à travers son site internet *mangerbouger.fr*.

La troisième phase du PNNS a été complétée par le Plan Obésité. Le Plan Obésité 2010-2013 est un plan d'action mené sur trois ans mettant en œuvre des mesures et des actions de prévention et de dépistage de l'obésité. Ce plan vise également à réduire les inégalités de santé touchant les personnes en surpoids ou souffrant d'obésité et à intensifier des efforts de recherche dans les comportements alimentaires par exemple, ou encore dans l'impact de la communication des messages de santé publique. Outre son action de prévention, ce plan a pour finalité d'empêcher la progression de l'obésité.

D'autre part, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), créé en 2002, est un établissement public administratif, affilié au ministère de la Santé, qui a pour mission

³ Étude réalisée sur 5855 personnes (3157 adultes âgés de 18 à 79 ans et 2698 enfants âgés de 0 à 17 ans. Échantillon représentatif d'individus vivant en France métropolitaine, hors Corse. 200 enquêteurs mobilisés, 150 questions posées à chaque personne interrogée

de mettre en œuvre des programmes de santé publique afin d'assurer le développement de l'éducation à la santé et de prévenir les comportements à risques tels que l'obésité.

Le ministère des Solidarités et de la Santé, en collaboration avec l'Assurance Maladie, prévoit, d'ici 2022, de déployer un dispositif « *Mission : retrouve ton cap* » destiné à des enfants en surpoids âgés entre 3 et 8 ans et qui présentent un risque d'obésité avéré par leur médecin. L'expérimentation, déjà en place dans quatre départements (le Nord, le Pas-de-Calais, la Réunion et la Seine-Saint-Denis), est pluridisciplinaire - diététique, psychologique et activité physique - et s'adapte à leurs besoins et à ceux de leur famille.

1.5.2. Les programmes scolaires

Dans les programmes scolaires, la santé et le bien-être s'articulent autour de l'éducation à la nutrition et de la pratique d'activité physique.

Au cours du cycle 2, les élèves vont apprendre quelques règles d'hygiène de vie mais aussi apprendre à développer un comportement responsable vis-à-vis de leur santé en l'entretenant par la pratique d'une physique régulière.

Cet apprentissage va se prolonger au cycle 3 en étudiant le fonctionnement du corps et la santé à travers les fonctions de nutrition.

Au cycle 1, le domaine 5 « Explorer le monde » du programme d'enseignement de l'école maternelle indique :

À travers les activités physiques vécues à l'école, les enfants apprennent à mieux connaître et maîtriser leur corps. Ils comprennent qu'il leur appartient, qu'ils doivent en prendre soin pour se maintenir en forme et favoriser leur bien-être. [...] Cette éducation à la santé vise l'acquisition de premiers savoirs et savoir-faire relatifs à une hygiène de vie saine. Elle intègre une première approche des questions nutritionnelles qui peut être liée à une éducation au goût. (Ministère de l'Éducation nationale de la Jeunesse et des Sports, 2015, p. 26).

La circulaire n°2009-068 du 20 mai 2009 précisait déjà l'importance d'une éducation à la nutrition, mais aussi à la consommation et au goût, tout au long de la scolarité, afin de mieux informer les élèves et ainsi de mieux prévenir le surpoids et l'obésité précoces.

Lors de la mise en place du PNNS, l'Éducation nationale a souhaité participer par ses directives à la prévention de l'obésité. La circulaire n°2003-2020 du 1^{er} décembre 2004 recommande la suppression de la collation matinale pour les élèves - apport alimentaire présent dans la très grande majorité des écoles - qui ne répondait pas obligatoirement aux besoins nutritifs des enfants. En outre, la loi n°2004-806 du 9 mai 2004 relative à la politique de santé publique interdit les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires dans les établissements scolaires.

Le Parcours Éducatif de Santé (PES) a été créé par la loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République et mis en œuvre à la rentrée 2016 à travers la circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016. Ce parcours, destiné aux élèves de la maternelle au lycée, vise à assurer l'éducation à la santé, la protection à la santé des élèves et la prévention des conduites à risques. Il est structuré autour de trois axes :



Figure 9 : Imbrication des trois composantes de la promotion à la santé à l'œuvre dans le Parcours Éducatif de Santé (Ministère de l'Éducation nationale, 2017)

Ce PES est au cœur de la politique éducative sociale et de santé qui s'inscrit dans les objectifs généraux de l'école visant à réduire les inégalités sociales, d'éducation et de santé pour permettre la réussite de tous les élèves et promouvoir une école plus juste et plus équitable. Le PES participe, d'une part, à la promotion de la santé, et d'autre part, à l'éducation à la citoyenneté dans la mesure où il vise l'acquisition de compétences, de connaissances et d'une culture nécessaires à la construction d'individus et de citoyens responsables soucieux de prendre soin d'eux-mêmes, de leur santé et des autres. L'éducation à la citoyenneté fait référence à l'apprentissage du « vivre-ensemble » et joue un rôle dans la lutte contre les stigmatisations et les discriminations et, par conséquent, dans le bien-être mental et social.

Enfin, le Comité d'Éducation à la Santé et la Citoyenneté (CESC), présent dans chaque établissement scolaire du second degré, met en œuvre un projet éducatif en matière d'éducation à la santé et à la citoyenneté et tente de prévenir les conduites à risques et les dépendances. Sa création, en 2005, renforce les influences réciproques de la citoyenneté et de la santé mentale.

Toutes les actions préventives et projets, mis en œuvre dans le cadre du parcours éducatif de santé et du projet d'école, définissent l'école comme une école promotrice de santé. Dans ce sens, l'école va jouer un rôle important dans le déploiement d'actions éducatives.

L'OMS (1948) a défini la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Dans une mission de prévention et de promotion à la santé, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS), l'OMS distingue trois types de prévention :

- La prévention primaire, qui cherche à mener des actions destinées à diminuer l'incidence d'une maladie, en amont de celle-ci.
- La prévention secondaire, qui vise à diminuer la prévalence d'une maladie à travers des actions menées à un stade précoce de celle-ci, afin d'éviter sa progression.
- La prévention tertiaire, qui consiste à mettre en œuvre des moyens visant à diminuer les complications ou récurrences d'une maladie.

La prévention tertiaire met l'accent sur la prévention des risques psychosociaux d'une maladie. Dans le cadre de mon mémoire, c'est par cette prévention tertiaire que je cherche à agir sur la santé mentale des personnes souffrant d'obésité.

1.5.3. Inclusion et intégration des enfants obèses

Considérée par l'OMS, depuis 1997, comme une maladie, l'obésité morbide tend à être perçue, d'après la Cour de Justice de l'Union européenne, comme un handicap porteur de discriminations au travail (De Callatey et Van Rijckevorsel, 2015). À ce titre, le rôle que joue l'école, dans l'intégration et l'inclusion de ces enfants obèses, est plus que jamais indispensable.

L'intégration désigne le fait d'entrer dans un groupe et de s'y adapter. L'inclusion, quant à elle, se définit comme l'action d'introduire un élément dans un tout, d'adapter ce tout à la personne afin de permettre une dynamique commune.

Dans un contexte scolaire, l'inclusion, qui succède à l'intégration, va promouvoir et construire une école juste pour tous, où chacun peut trouver sa place et éprouver un sentiment d'appartenance. En souhaitant lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes obèses, l'école favorise l'intégration des élèves souffrant d'obésité qui se sentent évoluer dans un climat scolaire et social serein, qui passe par une concrétisation d' « égalité des droits, [d']égalité « de traitement », [d']égalité des places (Rubio, 2019, p.25).

De cette façon, l'école inclusive réaffirme son rôle, d'une part, en réfléchissant aux changements à apporter aux systèmes éducatifs de façon à prendre en compte la diversité des élèves et des besoins éducatifs particuliers de tous les élèves (Prud'Homme, Duchesne et Bonvin, 2016) ;

d'autre part, en considérant cette « différence » comme une ressource et l'opportunité de faire valoir les valeurs républicaines. Force est de constater que les pratiques enseignantes vont avoir un rôle important à jouer dans la transmission de valeurs, telles que la tolérance, afin de lutter contre les stigmatisations et discriminations dont l'obésité peut faire l'objet.

L'obésité est généralement associée aux facteurs comportementaux (alimentation, sédentarité). En effet, les programmes de l'école vont aborder une éducation nutritionnelle, physique et sportive, en passant par divers apprentissages, ayant pour unique but de participer à la santé physique et, par conséquent, la santé mentale.

À travers mon mémoire, je cherche à agir sur les facteurs psychologiques, aggravant l'obésité, en passant par un travail sur la stigmatisation des enfants ou personnes obèses de façon à changer le regard négatif porté à leur égard. De cette façon, il serait intéressant d'observer à terme quel impact cela pourrait avoir sur un enfant obèse évoluant dans un cadre scolaire où sa « différence » n'en serait finalement plus une. Mon objectif est de pouvoir agir sur cette stigmatisation grâce à un travail, auprès des élèves, sur la tolérance des différences, telles que l'obésité, à travers des discussions à visée philosophique. Cette étude cherche à passer par une amélioration de la santé mentale, des personnes souffrant d'obésité, qui pourrait avoir des conséquences positives sur la santé physique.

Partie 2 : Cadre expérimental

Dans le cadre de ce mémoire, en cherchant à prévenir la stigmatisation de l'obésité à l'école maternelle par la discussion à visée philosophique, je cherche à connaître les représentations sociales des élèves, âgés entre 3 et 5 ans, sur l'obésité. Une fois les représentations des élèves recueillies, l'objectif est de mettre en place une séquence de deux séances. Ces séances mettent en jeu des ateliers philosophiques à partir de différents supports : l'atelier photolangage et la lecture d'un album de jeunesse. Afin de compléter mon recueil de données, à l'issue des deux séances, le même recueil de représentations sera proposé aux élèves, l'objectif étant alors d'observer une potentielle évolution ou non de celles-ci, en amont et en aval desdits ateliers.

2.1. Méthodologie et objectif

2.1.1. Recueil des représentations sociales par la théorie du noyau central

Lheureux et Lo Monaco (2007, p.56) expliquent qu'« une représentation sociale se réfère à « quelque chose » désigné sous le terme générique « d'objet » ». Jodelet (2003) explique que chaque individu fabrique des représentations du monde qui nous entoure. Elle définit ces représentations comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité comme à un ensemble social » (Jodelet, 2003, p.53).

Les représentations sociales « permettent aux individus de disposer, à propos de l'objet, des croyances communes nécessaires à leur compréhension mutuelle lors de leurs interactions » (Moscovici, cité par Lheureux et Lo Monaco, 2007, p.58).

Selon Abric, la représentation sociale est « un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné » (Abric, 2005, p.59). Cette représentation est organisée autour d'un « noyau central » (1976). Selon lui, ce noyau constituerait une base stable autour de laquelle la représentation pourrait se construire. Il a une fonction génératrice de sens, grâce aux éléments significatifs qui le constituent, et une fonction organisatrice à travers d'autres éléments constitutifs de la représentation qui vont s'agencer autour de ce noyau (Abric, 2005).

Cette méthode de recueil de représentations se présente en deux phases. La première phase d'association libre consiste, « à partir d'un mot inducteur, à demander au sujet de produire tous les mots ou expressions qui lui viennent à l'esprit » (Abric, 2005, p.63). La seconde phase s'intéresse au classement de « sa propre production en fonction de l'importance qu'il accorde à chaque terme pour définir l'objet en question » (Abric, 2005, p.63).

Une analyse prototypique est alors menée et consiste à croiser fréquence d'apparition (critère quantitatif) et rang d'importance (critère qualitatif). Le croisement de ces deux informations permet ensuite de faire apparaître un tableau à quatre cases qui correspondent aux quatre zones de la représentation sociale (Abric, 2005) :

	Importance forte	Importance faible
Fréquence forte	<i>Case 1</i> Zone du noyau	<i>Case 2</i> 1 ^{ère} périphérie
Fréquence faible	<i>Case 3</i> Zone des éléments contrastés	<i>Case 4</i> 2 ^{ème} périphérie

Tableau 3 : Les représentations sociales selon la théorie du noyau central (Abric, 2005)

La *case 1* regroupe les éléments très fréquents et importants. Ils forment le noyau central et constituent soit les « éléments centraux soit des stéréotypes ou des prototypes associés à l'objet » (Abric, Pianelli et Saad, 2010, p.249). La *case 2* regroupe les éléments périphériques fréquents mais peu importants. La *case 3* constitue la zone des éléments contrastés énoncés par peu de personnes mais considérés comme très importants. Cette zone constitue « certains sous-groupes minoritaires [pouvant] ainsi être porteurs d'une représentation différente dont le noyau central comporterait un ou plusieurs éléments figurant dans cette zone ». (Abric, Pianelli et Saad, 2010, p.249). Enfin, la *case 4* comprend les éléments secondaires, plus rares, avec une moindre importance.

Afin de connaître les représentations des élèves sur l'obésité, j'ai décidé de recueillir les représentations des élèves sur l'obésité selon la théorie du noyau central d'Abric (2005) d'un échantillon de dix-huit élèves, âgés entre 3 et 5 ans.

Dans la mesure où je n'ai pas pu faire ce recueil directement avec les élèves à cause de la fermeture anticipée des écoles, je l'ai donc envoyé par email aux parents afin qu'ils puissent le réaliser auprès de leur enfant.

Volontairement, j'ai adapté ce recueil à l'âge des élèves. En effet, je ne suis pas partie d'un mot inducteur mais d'une photo d'une petite fille, souffrant d'obésité.

Dans un premier temps, ce recueil de représentations (Annexe 2) consiste à demander aux enfants d'indiquer les dix termes qui leur viennent spontanément à l'esprit lorsqu'ils regardent la photo de la petite fille suivante :

Une fois la liste des mots ou expressions établie, la seconde étape consiste à hiérarchiser ces termes en fonction de l'importance accordée à chacun d'entre eux pour définir cette photo (terme 1 : le plus important - terme 10 : le moins important).

De plus, j'ai choisi d'ajouter deux questions aux enfants afin de récolter un maximum d'informations sur leurs représentations. En l'occurrence, dans le cadre de mon mémoire, je cherche à savoir si l'idée de jouer ou devenir copain/copine avec un enfant obèse pourrait les déranger ou les repousser.

Une fois les représentations des élèves sur l'obésité recueillies, mon objectif est de mettre en place une séquence sur la discussion à visée philosophique. Au terme de celle-ci, après avoir laissé passer un certain temps, le même recueil de représentations sera alors réalisé afin de constater une potentielle évolution de leurs représentations sur l'obésité (dans leurs mots, leurs termes, leurs expressions mais surtout dans leur raisonnement) avant et après les ateliers philosophiques.

2.1.2. La discussion à visée philosophique

2.1.2.1. Les enjeux

La discussion à visée philosophique (DVP) est une pratique qui permet de réfléchir, de penser, de développer son sens critique, sa curiosité, de s'ouvrir à la discussion, d'apprendre à se poser des questions et dont les questionnements et les échanges s'articulent autour d'une démarche philosophique (Henrion-Latché et Tozzi, 2016).

La pratique de la philosophie avec les enfants a commencé à se développer en France depuis plusieurs années. Même si la philosophie n'est pas une discipline enseignée à l'école primaire, elle reste pour autant une démarche réflexive qui cherche à interroger et confronter les modalités de pensée. La pratique de la philosophie peut interroger ou même recenser des objections : les enfants sont trop jeunes pour la philosophie ; les enfants ne possèdent pas les structures de langage pour penser, ni l'équipement intellectuel pour philosopher ; les enfants n'ont pas assez d'expériences, de savoirs, de maturité préalables à toute réflexion (Budex et coll., 2018).

Cependant, apprendre à penser par soi-même et avoir une réflexion philosophique ne sont pas des choses innées. Leurs difficultés d'apprentissage impliquent, par conséquent, une nécessité de philosopher tôt avec les enfants, dès l'école maternelle (Chirouter, 2019).

La DVP développe une certaine capacité d'écoute, une capacité à rebondir, à argumenter des propos ou même à contre-argumenter. Elle est en relation avec l'EMC, enseigné dès le cycle 2, et vise à développer le jugement moral, à éduquer les élèves à la citoyenneté en communiquant des valeurs éthiques portant, par exemple, sur les conceptions du bien et du mal, du bon et du mauvais, du bien et du juste et de l'accomplissement humain (Tozzi, 2018).

LA DVP a, d'une part, une visée démocratique à travers ses règles de prises de parole, dans la répartition des fonctions des élèves, et d'autre part, comme son nom l'indique, une visée philosophique selon trois processus (Tozzi, 2005) : la problématisation, qui passe par des interrogations, une mise en question des opinions ou préjugés, un questionnement sur les représentations d'une notion ; la conceptualisation, qui va permettre de construire le sens d'une notion à partir des représentations de celle-ci ; l'argumentation, dans la mesure où l'élève doit pouvoir appuyer ses propos à partir d'arguments, de raisons ou d'expériences personnelles.

La DVP ne cherche pas à évaluer les compétences des élèves mais représente plutôt un travail de sensibilisation qui va mettre en avant les représentations et les questionnements des élèves quant à un sujet. La DVP va leur permettre de réfléchir à des questions et d'en construire progressivement, par l'échange, des réponses possibles ; l'objectif étant d'apprendre aux élèves à penser par eux-mêmes, en restant libres de s'exprimer.

2.1.2.2. Le rôle de l'enseignant

Tout d'abord, l'enseignant est celui qui choisit le thème à aborder. Dans le cadre de mon mémoire, il s'agira de la tolérance des différences, et plus particulièrement, la différence morphologique liée à l'obésité. Au préalable, l'enseignant, qui est l'animateur du groupe, énonce les règles de fonctionnement d'un atelier philosophique afin de faciliter l'écoute et les échanges : lever le doigt pour prendre la parole, écouter les autres parler.

Dans les apprentissages quotidiens, l'enseignant cherche à faire acquérir des connaissances et des compétences à partir de situations concrètes dans lesquelles les élèves sont supposés appliquer des consignes. L'enseignant intervient alors dans le cas où un élève se retrouverait en difficulté. Il veille également à la répartition des prises de paroles, en sollicitant ceux qui s'expriment peu ou difficilement, afin de créer un groupe dynamique et riche de propos ; propos qui devront être constamment reformulés par l'enseignant, d'autant plus avec des élèves de maternelle.

Dans la DVP, la posture de l'enseignant est tout autre. En effet, l'enseignant laisse les élèves s'exprimer librement et échanger entre eux. Il doit reprendre leurs réponses afin de les interroger plus précisément, de les mettre en doute et de réussir à faire émerger des réponses construites de façon collective. Dans la mesure où il encourage les élèves à réfléchir sur telle ou telle notion, l'enseignant leur permet d'accéder à une réflexion autonome et argumentée par leur propre expérience ou bien, par la conception qu'ils ont de la vie et des choses. Il les guide dans cette réflexion, leur demande des précisions, des exemples, et les invite à argumenter de manière à clarifier leurs pensées.

2.1.2.3. Les programmes scolaires

Les programmes et instructions officiels de 1995 s'intéressaient déjà à l'éducation de citoyens autonomes et responsables. « La nouvelle loi d'orientation de 2005 a intégré, au socle commun des connaissances, le débat hebdomadaire dans le cycle des apprentissages fondamentaux (cycle 2) au « domaine du vivre ensemble » » (Cazenave, 2008, p.43).

La DVP ne figure pas dans le programme de maternelle. Cependant, elle s'inscrit dans le cadre institutionnel de la maîtrise de la langue orale, disciplinaire et transversale, et participe à la formation du citoyen dans un souci « d'apprendre ensemble et vivre ensemble ». Dès l'école maternelle, les élèves vont apprendre à vivre ensemble en s'appropriant des règles fondamentales de la vie en société, de la vie démocratique, en apprenant à connaître leurs droits et leurs devoirs.

La DVP participe au développement de compétences attendues dans les programmes de maternelle de 2015, telles que les compétences langagières et communicationnelles. En effet, à travers les échanges, l'élève va s'efforcer à mettre des mots sur ses pensées dans un langage

syntactiquement correct, à s'exprimer clairement, à argumenter. En outre, il est également question d'apprendre ensemble et de vivre ensemble à travers l'éducation à la citoyenneté. La DVP va construire une réflexion citoyenne et participer à la formation morale des élèves. L'enfant va apprendre à se construire comme une personne singulière au sein d'un groupe.

La séquence menée sur la DVP se compose de deux séances d'ateliers philosophiques à partir de différents supports tels que le photolangage et l'album de jeunesse :

Plan de séquence : Discussion à visée philosophique <i>Thème : la différence (de l'apparence)</i>		Niveaux : PS/MS
Domaine(s) d'apprentissage	Mobiliser le langage dans toutes ses dimensions – l'oral Apprendre ensemble et vivre ensemble	
Compétence(s) de fin de cycle visées	Pratiquer divers usages du langage oral : décrire, expliquer, questionner, discuter un point de vue. S'exprimer et se faire comprendre dans un langage syntaxiquement correct et précis.	
Objectif(s)	Laisser s'exprimer les élèves sur leurs représentations qu'ils ont de la différence Initier à la prise de conscience de l'autre et de ses différences (notamment la différence morphologique (obésité))	
Séance 1 - Discussion à visée philosophique à partir d'un <u>atelier photolangage</u> - 25 min		
Séance 2 - Discussion à visée philosophique à partir de la <u>lecture de l'album <i>Marlène Baleine</i></u> - 30 min		

Tableau 4 : Séquence « Discussions à visée philosophique »

L'atelier photolangage, proposé dans ma première séance, est une pratique à visée philosophique qui consiste à proposer des supports visuels comme occasion ou support de réflexion et qui permet de démarrer la discussion à visée philosophique.

Cette pratique a l'avantage d'être adaptée aux enfants de maternelle pour qui l'accès à l'écrit reste encore difficile. L'atelier photolangage, que j'ai mis en place, porte sur le thème de la différence, et plus particulièrement, la différence morphologique. À travers toutes sortes de différences (obésité, maigreur, couleur de peau, taille, handicap, autisme, trisomie), mon objectif était, d'une part, de savoir si l'obésité ressortait comme une différence importante à leurs yeux par rapport à d'autres différences ; d'autre part, de comprendre la manière dont cette différence était perçue.

La seconde séance prévue porte sur la lecture d'un album de jeunesse *Marlène Baleine* de Sonja Bougaeva et Davide Cali. En m'adressant à un public très jeune, il est évident que leur expérience du monde est limitée. La littérature de jeunesse permet alors aux enfants de pouvoir s'ouvrir sur l'altérité et de multiplier les possibles. Elle constitue pour eux une certaine exemplarité qui renvoie à leur expérience au monde (Budex et coll., 2018). Elle les aide à penser leur condition humaine et le monde qui les entoure (Chirouter et Tozzi, 2016) pour pouvoir appréhender le réel et participer à la construction de soi. La littérature infantile propose des « expériences de pensée que nous conduisons dans le grand laboratoire de l'imaginaire [qui] sont aussi des explorations menées dans le royaume du bien et du mal » (Ricœur cité par Chirouter, 2017, p.57). Elle peut aider à comprendre des sentiments, des peurs, des angoisses des doutes et des espérances (Chirouter et Tozzi, 2016).

2.2. Présentation des résultats et analyse

2.2.1. Recueil des représentations des élèves sur l'obésité

Ce recueil de représentations n'a pas été simple à réaliser pour plusieurs raisons. Tout d'abord, je n'ai reçu que la moitié des recueils par email, ce qui a causé du retard dans l'analyse de ceux-ci. Par conséquent, durant la semaine de rentrée, j'ai recueilli les représentations manquantes des élèves. En partant du principe que chaque élève devait fournir dix termes pour commenter la photo, sur une base de dix-huit élèves, j'étais censée recueillir cent-quatre-vingts termes. Cependant, la moitié des élèves n'ayant pas réussi à produire autant de termes qu'escompté, j'ai donc récolté un total de cent-trente-trois expressions.

Pour synthétiser, j'ai décidé de catégoriser les termes, mots ou expressions en rapprochant ceux appartenant au même champ sémantique (Annexe 3):

Mots/termes évoqués	Nombre d'évocations	Fréquence en %	Rang moyen ou importance moyenne
Grande	5	3,76	4,6
Grosse/ costaud	15	11,28	4,73
Grands membres	3	2,26	4
Petits membres	2	1,50	5,5
Musculature	2	1,50	3
Beau/ joli (physique)	6	4,51	5,33
Jolies parties corps et visage	8	6,01	2,63
Laid/ désagréable (physique)	5	3,76	3,40
Beau/ joli (vêtement)	3	2,26	3,67
Colère/ énervée/ pas contente	8	6,01	3,5
Triste	10	7,52	4
Étrange/ Bizarre	3	2,26	6,67
Contente/ bien	2	1,50	1,5

Gentille	2	1,50	3,5
Fille/ petite fille	3	2,26	7,33
Robe/ robe bleue	8	6,01	4,25
Particularités robe	4	3,00	4,63
Parties du visage	7	5,26	6,86
Parties du corps	9	6,77	5,22
Particularités cheveux	7	5,26	6,86
Particularités du visage	2	1,50	2
Autres	19	14,28	4,63

Légende :

- Fréquence forte et importance grande (noyau central)
- Fréquence forte et importance faible (1^{ère} périphérie)
- Fréquence faible et importance grande (éléments contrastés)
- Fréquence faible et importance faible (2^{ème} périphérie)

Tableau 5: Recueil de représentations sur un échantillon de dix-huit élèves de petite et moyenne sections (École maternelle d'Assas)

Le calcul des médianes des fréquences et des rangs moyens d'importance a permis de séparer les données afin de les classer dans le tableau suivant, selon la théorie du noyau central (Abric, 2005) :

	Importance grande ≤ 4,425	Importance faible ≥ 4,425
Fréquence forte ≥ 3,76	<u>Noyau central</u> Triste (7,52/4) Jolies parties corps et visage (6,01/2,63) Colère/ énervée/pas contente (6,01/3,5) Robe/robe bleue (6,01/4,25) Laid/désagréable (physique) (3,76/3,40)	<u>1^{ère} périphérie</u> Grosse/ costaud (11,28/4,73) Autres(14,28/4,63) Parties du corps (6,77/5,22) Parties du visage (5,26/6,86) Particularités cheveux (5,26/6,86) Beau/joli (physique) (4,51/5,33) Grande (3,76/4,6)
Fréquence faible ≤ 3,76	<u>Zone des éléments contrastés</u> Beau/ joli (vêtement) (2,26/3,67) Grands membres (2,26/4) Contente/bien (1,50/1,5) Particularités du visage (1,50/2) Musculature (1,50/3) Gentille (1,50/3,5)	<u>2^{ème} périphérie</u> Particularités robe (3,00/4,63) Fille/petite fille (2,26/7,33) Étrange/bizarre (2,26/6,67) Petits membres (1,50/5,5)

Tableau 6 : Les représentations sociales selon la théorie du noyau central (Abric,2005)

À côté de chaque terme, je rappelle respectivement sa fréquence et son rang moyen d'importance.

Après catégorisation des termes obtenus selon leur champ sémantique, dans la zone du noyau central, j'ai obtenu 39 termes cités entre cinq et dix fois par les élèves et dont la moyenne du rang d'importance est comprise entre 2,63 et 4,25.

La première périphérie est représentée par 68 termes cités entre cinq et quinze fois et dont la moyenne du rang d'importance est comprise entre 4,63 et 6,86. Parmi ces termes, la catégorie « Autres » se compose de 18 termes évoqués une fois et d'1 terme évoqué deux fois. J'ai choisi de laisser cette catégorie apparente, pour autant, elle ne se compose pas de termes représentatifs.

La zone des éléments contrastées comporte 14 termes cités entre deux et trois fois par les sujets et dont la moyenne du rang d'importance est comprise entre 1,5 et 2,26.

Enfin, la deuxième périphérie contient 12 termes cités entre deux et quatre fois par les enfants et dont la moyenne du rang d'importance est comprise entre 4,63 et 7,33.

Concernant l'exercice 3, j'ai réalisé un tableau récapitulatif des réponses des élèves. Les réponses surlignées en jaune indiquent les élèves qui se sentent repoussés, dérangés, par la morphologie de la petite fille :

	Niveau	Mots utilisés lors du recueil de représentations pouvant faire référence à l'obésité	« Pourrais-tu devenir copain/copine avec elle ? Si oui/non, pourquoi ? »	« Voudrais-tu jouer avec elle ? Si oui/non, pourquoi ? »
Élève 1	MS	Grosse / bras musclés	<i>Oui, mais mes copains ne joueront plus avec moi.</i>	<i>Oui, je jouerai aux blocs de mousse avec elle.</i>
Élève 2	PS	Aucun	<i>La photo me donne pas envie.</i>	<i>Oui, elle est sympa.</i>
Élève 3	MS	Plis sous les bras	<i>Non parce qu'elle est pas belle.</i>	<i>Non, parce qu'elle est aussi pas belle.</i>
Élève 4	PS	Grosse / gros bras	<i>Non.</i>	<i>Non. Elle est pas jolie.</i>
Élève 5	PS	Gros menton	<i>Non parce qu'elle prendrait mon vélo.</i>	<i>Non, parce qu'elle est nulle.</i>
Élève 6	PS	Aucun	<i>Oui parce que c'est une fille.</i>	<i>Oui, parce que j'ai envie que c'est ma copine.</i>
Élève 7	MS	Grosse / grosse tête	<i>Oui, elle a l'air gentille.</i>	<i>Oui, pour jouer à cache-cache dans la cour d'école.</i>
Élève 8	PS	Aucun	<i>Non parce qu'elle est moche.</i>	<i>Non, parce qu'elle est trop moche.</i>
Élève 9	PS	Aucun	<i>Oui, parce qu'elle ma copine.</i>	<i>Oui, parce que j'ai envie.</i>
Élève 10	PS	Grosse	<i>Oui, parce que.</i>	<i>Oui.</i>
Élève 11	PS	Aucun	<i>Oui.</i>	<i>Oui.</i>

Élève 12	PS	Aucun	<i>Oui, je la trouve très jolie.</i>	<i>Oui, j'adore cette petite fille.</i>
Élève 13	MS	Aucun	<i>Oui. Je sais pas</i>	<i>Je sais pas.</i>
Élève 14	MS	Grosse / Gros muscles / Grosse jambes / Grosse tête	<i>Oui, elle est étrange mais c'est pas grave. Toutes les deux, on a un gros ventre, alors on peut être amies.</i>	<i>Oui, parce que je pense que c'est trop cool chez elle, même si elle est un peu bizarre quand même.</i>
Élève 15	MS	Aucun	<i>Oui, parce qu'elle est belle.</i>	<i>Oui, parce que sa robe est belle.</i>
Élève 16	PS	Grosse	<i>Non parce que c'est une fille et je déteste les filles.</i>	<i>Non parce que j'aime que mes copains.</i>
Élève 17	PS	Costaud	<i>Non, car elle a l'air en colère.</i>	<i>Oui, parce qu'elle est gentille.</i>
Élève 18	PS	Grosse	<i>Non, parce que c'est une photo. Mais si c'est pas une photo, je sais pas si elle aime les trains. Sinon on pourrait jouer au train.</i>	<i>Oui, si elle veut bien jouer au train ou dessiner.</i>

Légende :

 Réponses des élèves qui semblent dérangés, repoussés, par la morphologie de la petite fille

Tableau 7 : Réponses à l'exercice 3 du recueil de représentations sociales des élèves

Chaque réponse étant personnelle, on retrouve difficilement plusieurs fois les mêmes. Cependant, il apparaît parfois certaines similitudes comme dans les réponses des élèves 3, 4 et 8 ou encore les élèves 12 et 15.

Certaines des deux réponses sont contradictoires entre elles, comme celles de l'élève 2 et celles de l'élève 17.

Les élèves 10, 11 et 13 n'ont pas su argumenter leurs réponses.

La morphologie de la petite fille ne semble pas être un frein pour les élèves 6, 9, 11, 12, 13 et 15 qui n'avaient énoncé aucun terme faisant référence à la morphologie de la petite fille lors du recueil de représentations, à la différence de l'élève 14, qui avait émis quatre termes liés à la « grosseur ».

De façon plus générale, quatre élèves sur dix-huit semblent dérangés par l'apparence physique de la petite fille, soit environ 22,22% des élèves. En d'autres termes, six réponses sur trente-six, soit environ 16,67% des réponses renvoient une image négative de la morphologie de la petite fille.

2.2.2. Première séance : de l'atelier philosophique vers la discussion à visée philosophique

Suite à ce recueil de représentations, j'ai pu poursuivre sur la première séance de DVP qui s'est déroulée en deux phases : la première phase concernait l'atelier photolangage, considéré comme

point d'entrée de la DVP ; la seconde phase impliquait la DVP à proprement parler. Ma séance s'est déroulée de la manière suivante:

<u>Séquence : Discussion à visée philosophique</u>			
Séance 1 : Atelier photolangage			
	Déroulement	Durée	Matériel
Phase 1 Atelier photolangage	<p><i>Aujourd'hui, nous allons parler tous ensemble de la différence, sur ce que veut dire « être différent ».</i></p> <p>Laisser les élèves s'exprimer.</p> <p>Montrer les photos aux élèves et les laisser un moment pour bien les regarder.</p> <p><i>À tour de rôle, vous allez me montrer une photo qui représente, qui exprime la différence. Pour vous, quelle photo (s'il y en a une) montre une(des) personne(s) différente(s)?</i></p> <p>À tour de rôle, les élèves choisissent la photo ou image qui représente le mieux « la différence » en expliquant leur choix.</p> <p><u>Approfondir leurs propos au maximum pour comprendre la(les) raison(s) de leur choix.</u></p>	15 min	Images/photos Bloc-notes Stylo PC portable
Phase 2 Discussion à visée philosophique	<p><i>Après avoir regardé toutes ces photos, pouvez-vous maintenant me dire, selon vous, c'est quoi « être différent ».</i></p> <p><u>→ entrée dans la discussion à visée philosophique</u></p> <p>Reformuler les propos et laisser les échanges opérer en intervenant le moins possible</p> <p>Reprendre les différents choix des élèves qui expriment des distinctions, des oppositions et les différents points de vue.</p> <p>Noter les idées, termes, expressions ressorties qui serviront de support à la prochaine séance.</p>	10 min	Images/photos Bloc-notes Stylo PC portable

Se référer à la grille d'observation

Tableau 8 : Déroulement de la première séance

a) Première phase de la séance

Pour lancer la DVP, lors de la première phase de la séance, j'ai commencé par proposer seize photos et images (Annexe 4) comme support d'entrée :

Après leur avoir laissé un petit temps pour regarder ces photos, à tour de rôle, chaque élève a choisi l'image qui exprimait le mieux, selon lui, la « différence » en expliquant les raisons de son choix. Au fur et à mesure, j'ai noté les quelques mots significatifs qui émergeaient. Une fois le tour des élèves effectué, j'ai repris les différentes significations de la « différence » évoquées à travers les photos.

Le jour de l'atelier photolangage, deux élèves étaient absents. Un autre élève autiste n'était pas en mesure de participer à l'atelier. Cet atelier a donc été proposé à seize élèves.

J'ai choisi de synthétiser leurs choix et leurs justifications (en indiquant le rappel des mots employés, relevant du champ de l'obésité, lors du recueil des représentations) à travers le tableau suivant :

	Niveau	Choix photo	Justifications	Mots utilisés lors du recueil de représentations pouvant faire référence à l'obésité
Élève 1	MS	D4	« <i>Il est gros, il a un gros bidou</i> »	Grosse / grand visage / bras musclés
Élève 2	PS	C3	L'élève n'a pas réussi à justifier son choix	Aucun
Élève 3	MS	B1	« <i>Il a un œil marron et un œil bleu</i> »	Plis sous les bras
Élève 4	PS	D2	L'élève n'a pas réussi à justifier son choix	Grosse / gros bras
Élève 5	PS	D3	« <i>Je la trouve jolie la photo</i> »	Gros menton

Élève 6	PS	B1	« La couleur des yeux est différente »	Aucun
Élève 7	MS	C4	L'élève n'a pas réussi à justifier son choix	Grosse / grosse tête
Élève 8	PS	C2	« Il est joli, je l'aime cette photo »	Aucun
Élève 9	PS	B3	« Je l'aime cette photo. Il est petit le garçon »	Aucun
Élève 10	PS	C1	L'élève n'a pas réussi à justifier son choix	Grosse
Élève 11	PS	A1	L'élève n'a pas réussi à justifier son choix	Aucun
Élève 12	PS	A1	« Lui il est plus petit que lui »	Aucun
Élève 13	MS	B3	« Je sais pas »	Aucun
Élève 14	MS	A4	« Il a des roues »	Grosse / Gros muscles / Grosse jambes / Grosse tête
Élève 15	MS	A2	« Lui, il a la peau marron et les cheveux noirs et pas lui »	Aucun
Élève 16	PS	C1	L'élève n'a pas réussi à justifier son choix	Grosse
Élève 17	PS	Absents		Costaud
Élève 18	PS			Grosse

Légende :

- Mots utilisés lors du recueil de représentations faisant référence à l'obésité
- Photo de personne(s) obèse(s) choisie

Tableau 9 : Tableau synthétique des résultats de l'atelier photolangage

Sur les seize photos, la moitié des élèves a choisi une photo d'une personne obèses pour représenter la différence, soit un élève sur deux.

b) Deuxième phase de la séance

L'atelier photolangage m'a servi de support pour poursuivre directement sur la DVP.

La grille d'observation mise en place en amont de la séance avait pour objectif d'observer la vue d'ensemble de la DVP, les attitudes et les réponses des élèves et de recueillir des données verbales ou non verbales.

Cette grille était également un moyen de chercher à comprendre un phénomène, celui de la stigmatisation de l'obésité et de constater l'impact de cette discussion sur ce phénomène.

Les observations faites sur cette DVP ont été reportées sur la grille ci-après :

VUE D'ENSEMBLE	
1. Production	
Thème abordé	« C'est quoi être différent ? »
Support utilisé	Images pour atelier photolangage
Quels sont les mots principaux qui ressortent des représentations des élèves ?	Grand / gros / pas pareil
2. Gestion de la discussion	
Tous les élèves ont-ils participé ?	Non, lors de la discussion, très peu d'élèves ont participé malgré les questions posées pour tenter de les faire parler, de les guider.
Ai-je pu régulé les échanges ?	Il n'y a pas eu d'échanges entre les élèves mais uniquement entre les élèves et moi.
Y a-t-il eu des silences ?	Oui, beaucoup de silences.
Y a-t-il eu des reformulations ?	Il y a eu des reformulations quant à la syntaxe des phrases.
A-t-il fallu recentrer le groupe sur le sujet ?	Oui à quelques reprises.
3. Analyse du climat (conflits, blocages, ...)	
Quelle a été l'ambiance générale ?	Plutôt bonne et calme mis à part sur la fin de la séance où les élèves commençaient à s'agiter.
Y a-t-il eu des conflits ? Si oui, quelle en était l'origine ? Comment ont-ils été réglés ?	Non, aucun conflit.
Les élèves se sont-ils impliqués dans la discussion ? Semblaient-ils intéressés ? Avaient-ils envie de parler autour de ce sujet ?	Je n'ai pas senti les élèves très impliqués par la DVP. Ils ont plutôt été intéressés par l'atelier photolangage. Lors de la discussion, c'étaient souvent les mêmes élèves qui intervenaient. De façon générale, je n'ai pas senti les élèves avoir envie de parler beaucoup autour de ce sujet.
Semblaient-ils s'ennuyer ? Pourquoi ?	J'ai senti un certain ennui chez quelques élèves, sûrement dû à la durée assez longue de la séance.
Les élèves étaient-ils centrés sur le sujet ? Centrés sur les autres ? Centrés sur eux-mêmes ?	Lors de l'atelier photolangage, les élèves étaient centrés sur le sujet. Lors de la discussion à visée philosophique, j'ai trouvé qu'ils l'étaient beaucoup moins. Certains élèves étaient centrés sur eux-mêmes, par exemple en intervenant pour parler d'anecdotes personnelles qui étaient complètement hors-sujet.

Tableau 10 : Grille d'observation de la discussion à visée philosophique

De façon générale, la séance s'est déroulée dans une ambiance calme et sereine, même si durant la seconde phase de la séance, les élèves étaient beaucoup moins attentifs et commençaient à s'agiter. En effet, l'atelier photolangage a suscité beaucoup plus d'intérêt que la DVP en elle-même.

Au vu du très peu d'échanges avec les élèves, et même entre eux, je n'ai pas choisi de retranscrire l'intégralité des propos de la séance mais plutôt les phrases des élèves qui sont ressorties de la DVP. L'objectif de cette discussion était de pouvoir discuter des différentes interprétations

faites sur les photos pour développer ainsi la dimension philosophique. Pour lancer les élèves dans la discussion, je leur ai donc demandé ce que signifiait « être différent » selon eux. J'ai obtenu les réponses suivantes :

PE (Professeure des écoles) : *Maintenant que vous avez pris le temps de regarder toutes ces photos et d'en choisir une pour représenter la différence, pour vous, c'est quoi être différent ?*

Élève 6 : *Ça veut dire qu'on n'est pas pareils.*

Élève 1 : *Ça veut dire qu'on n'est pas pareils que les autres.*

Élève 15 : *Ça veut dire que quelqu'un est pas pareil que l'autre.*

Pour les guider dans leur argumentation, je suis revenue sur l'ensemble des photos et, plus particulièrement, sur celles présentant des personnes obèses puisqu'elles ont été choisies par la moitié des élèves. En reprenant les photos C2 et D4, voici ce qu'il en est sorti :

PE: *Donc pour vous, ces enfants ne sont pas pareils ? Pourquoi ne sont-ils pas pareils ?*

Élève 5 : *Parce qu'ils sont pas comme nous.*

PE : *Et pourquoi ne sont-ils pas comme nous ?*

Élève 5 : *Parce qu'ils sont trop grands.*

Élève 6 : *Parce qu'ils sont trop grands.*

Élève 1 : *Parce qu'ils sont trop gros.*

D'après les quelques réponses obtenues, les élèves définissent la différence comme des personnes qui « ne sont pas pareils » de par leur « grandeur » ou « leur grosseur ».

2.2.3. Deuxième séance : de l'album de jeunesse vers la discussion à visée philosophique

Sans compter que la problématique de mon mémoire a évolué, voire changé, au cours de cette année, la fermeture anticipée des écoles ne m'a pas permis de terminer ma séquence et, de fait, de mettre en œuvre ma seconde séance. Le support inducteur prévu était un album de jeunesse.

Marlène Baleine, c'est l'histoire d'une petite fille un peu trop « ronde » aux yeux de ses camarades qui la trouvent « grosse ». À la piscine, elle est la risée de sa classe, subissant moqueries, insultes, à tel point qu'ils en viennent à la comparer à une baleine. Jusqu'au jour où son maître-nageur lui donne quelques conseils pour s'accepter et s'épanouir.

On trouve de nombreux albums portant sur la différence mais ceux portant sur la différence morphologique, notamment l'obésité, se font rares. En choisissant cet album, je souhaitais que les

élèves puissent remarquer le mal-être que peut ressentir une personne obèse face au regard des autres mais aussi qu'ils se rendent compte que cette petite fille est finalement une petite fille comme les autres.

Cet album tend à transmettre des messages de tolérance et de respect des différences, notamment la différence liée à la morphologie (obésité), ce qui corrèle parfaitement à l'objet de mon mémoire.

À l'issue de cette deuxième séance, après avoir laissé passer un certain temps, j'avais pour intention de recueillir de nouveau les représentations des élèves sur l'obésité de la même façon et à partir de la même photo afin de constater une éventuelle évolution de leurs mots, expressions, réponses et surtout de leur raisonnement.

Tout comme la deuxième séance, ce recueil de représentations n'a pas pu avoir lieu, ce qui m'a empêché d'obtenir un recueil de données complet pour tenter de répondre à ma problématique.

2.3. Interprétation des résultats

2.3.1. Discussion

a) Les représentations des élèves sur l'obésité

D'après le tableau 6, dans le noyau central, si je me fie à la fréquence et au rang d'importance, je remarque que l'apparence physique de la petite fille dans la catégorie « Laid/désagréable (physique) » interpelle beaucoup d'élèves. On pourrait peut-être s'interroger sur le fait que l'obésité de cette fille soit apparentée à sa « laideur ». La catégorie « Jolies parties corps et visage » vient contrebalancer cette idée.

Dans la première périphérie, je constate que les termes associés à la « grosseur » sont ceux qui reviennent le plus souvent (mis à part la catégorie « Autres »). On pourrait penser que l'obésité est un critère que les enfants remarquent. Pour autant, cela n'en fait pas une très grande importance à leurs yeux. D'autre part, la catégorie « grande » est difficile à interpréter. En effet, l'élève peut soit y associer un réel critère de taille, soit visualiser l'obésité de la petite fille comme quelque chose de « grand ».

Dans la zone d'éléments contrastés, il est également difficile de savoir si les termes cités dans la catégorie « Musculature » (« bras musclés », « gros muscles ») sont une façon de d'interpréter l'obésité de la petite fille. Il en est de même pour la catégorie des « Grands membres ».

Enfin, dans la seconde périphérie, aucun terme n'est associé à l'obésité.

Pour résumer, au sein même de chaque case, sur un si petit échantillon de sujets, il n'est pas toujours évident de me positionner sur l'interprétation de leurs termes. Néanmoins, de nombreux termes de la catégorie « grosse/ costaud » laissent sous-entendre que les élèves ne sont pas ignorants face à l'obésité.

Ce tableau sur la théorie du noyau central me permet de constater les quelques premiers propos stigmatisants à l'égard des personnes obèses.

L'intérêt du troisième exercice du recueil de représentations (Annexe 2) est justement de pouvoir apporter des indications complémentaires à leurs propos. Dans les réponses aux questions du tableau 7, je remarque que certains élèves accordent une importance particulière à l'apparence physique dans leurs relations avec les autres.

Pour l'élève 1, je ne réussis pas à savoir s'il éprouve une forme de honte à jouer avec cette petite fille de par son obésité.

L'élève 14, quant à lui, considère que leur « gros ventre » leur fait un point commun qui leur permettrait d'être amis.

Pour les élèves 3, 4 et 8, il est difficile d'interpréter leurs réponses dans la mesure où je ne sais pas s'ils associent l'obésité de la petite fille à quelque chose de « moche », « pas jolie », « pas belle ».

Pour les élèves 1, 3, 4 et 8, on peut considérer leurs réponses comme des premiers propos stigmatisants dans la mesure où ils refuseraient ou auraient honte de jouer avec cette petite fille à cause de son physique, repoussant à leurs yeux.

D'après la majorité des réponses aux questions, l'obésité ne semble pas influencer sur les liens sociaux. Cependant, ces résultats permettent tout de même de constater, que dès l'âge de 3 ans, les enfants se construisent des représentations et manifestent une connaissance de la perception d'autrui (Bernoussi et Florin, 1995).

De plus, la mise en place des DVP est de pouvoir connaître davantage le raisonnement des élèves par rapport au respect des différences, notamment morphologiques, et de pouvoir éventuellement pallier certains préjugés, sur l'obésité, déjà ancrés.

b) Atelier photolangage et discussion à visée philosophique

D'après le choix des photos, je peux constater que la moitié des élèves a choisi une photo d'une personne obèse pour exprimer la différence. La taille de l'échantillon des sujets interrogés étant trop petite, ces résultats ne sont pas assez représentatifs pour avancer que l'obésité est considérée comme une réelle différence aux yeux des enfants.

En comparant l'analyse des représentations des élèves sur l'obésité, selon la théorie du noyau central d'Abrieu, avec celle de l'atelier photolangage et de la DVP, les résultats de ma première séance, sur cet échantillon, me permettent de constater que la majorité de mes élèves associe l'obésité à une différence, parfois même à une certaine gêne. Mon mémoire portant sur la stigmatisation de l'obésité, je vais donc interpréter les justifications des photos présentant des personnes obèses, c'est-à-dire les justifications des élèves 1, 2, 4, 8, 10, 11, 12, 16.

L'élève 1 s'est directement dirigé sur la photo d'un enfant obèse pour représenter l'obésité. Si je reprends les termes de ses premières représentations (grosse, grand visage, bras musclés) et les raisons de son choix (« *Il est gros, il a un gros bidou* »), l'obésité semble constituer une différence à ses yeux.

Lors du recueil de représentations de l'élève 2 réalisé par son père, ce dernier m'a informée que l'enfant avait commencé par répondre « *je veux pas, ça me gêne* ». L'enfant est apparemment resté gêné jusqu'à la fin de l'exercice et s'est senti soulagé une fois celui-ci terminé. En reprenant son recueil de représentations, j'ai pu observer qu'aucun terme lié au surpoids ou à l'obésité n'avait été évoqué. Pourtant, lors du choix de l'image à l'atelier photolangage, l'élève a choisi la photo d'un enfant obèse mais n'a pas réussi à justifier son choix. J'ai remarqué, en effet, à quel point l'élève s'est retrouvé gêné devant la photo. Par conséquent, on pourrait penser qu'il éprouve peut-être un certain malaise face à des personnes souffrant d'obésité ou bien, tout simplement, face au fait de devoir se justifier devant ses camarades.

Les élèves 7, 10, 11, qui n'ont pas su apporter d'explications, sont habituellement des « petits parleurs », ce qui peut expliquer leur souhait de ne pas se justifier ou bien, il est possible que cet exercice ne les ait pas mis à l'aise.

Pour les élèves 4 et 16, qui n'ont également pas justifié leur choix, il s'agit pourtant d'élèves qui, généralement, s'expriment beaucoup et n'hésitent jamais à prendre la parole. J'ai ressenti de nouveau une certaine gêne de leur part à l'égard des photos. Tout comme l'élève 2, il est difficile d'en connaître véritablement les raisons, à savoir si cela est lié à l'obésité de la personne.

La justification de l'élève 8 (« *Il est joli, je l'aime bien cette photo* ») peut avoir une explication. En effet, lors du recueil de représentations de cet élève qui avait été réalisé par sa mère, celle-ci m'a précisé que son enfant avait l'habitude de jouer avec un petit voisin qui est obèse et qu'il n'avait jamais mentionné sa différence. Ce qui l'avait freiné sur la photo de la fille, c'était l'absence de sourire qu'il associait à de la colère. Il avait également fait remarquer l'émotion qui se dégageait de son visage l'associant à de la tristesse. Ceci peut donc expliquer l'empathie qu'il éprouve à l'égard de cet enfant obèse sur la photo. Cependant, ses réponses à l'exercice 3 des représentations sociales (« *Non parce qu'elle est moche* », « *Non parce qu'elle est trop moche* ») sont contradictoires.

D'après le tableau 9, il est difficile d'admettre pour le moment un lien de corrélation entre la photo choisie et les mots utilisés, portant sur l'obésité, lors du recueil de représentations.

Aussi, j'ai ressenti beaucoup de difficultés à interpréter certaines justifications. Je n'ai pas toujours réussi à savoir s'ils comprenaient réellement l'association faite entre la photo choisie et la « différence ».

D'autre part, le mot « grand », utilisé à plusieurs reprises dans le recueil des représentations et dans la DVP, présente quelques confusions. En effet, l'élève peut considérer l'enfant de la photo comme quelqu'un de « grand » ou bien, il peut percevoir son obésité comme quelque chose de « grand ».

De façon générale, la séance s'est déroulée dans une ambiance calme et sereine. La première phase de l'atelier langage a suscité beaucoup plus d'intérêt que la seconde phase de la DVP. D'après moi, à l'âge de la maternelle, les enfants rencontrent des difficultés à se concentrer. C'est pourquoi un support visuel leur permet de s'impliquer davantage dans l'activité, cognitivement parlant. L'atelier photolangage a été intéressant dans la mesure où je me suis rendu compte que des personnes obèses pouvaient les interpeller, voire les gêner.

Même si j'ai appuyé la DVP sur des supports visuels, l'échange au cours de cette phase était beaucoup moins fluide. Je n'ai pas senti les élèves très concernés, ce qui peut s'expliquer pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, je pense que ma séance aurait pu se diviser en deux séances. La première séance aurait porté sur l'atelier photolangage et la seconde séance, sur la DVP. En maternelle, la capacité d'attention et de concentration des enfants étant réduite, le fait de scinder ma séance en deux m'aurait sûrement permis d'obtenir davantage d'engagement et d'intérêt de leur part dans la DVP.

Aussi, leur manque de concentration sur la seconde phase peut s'expliquer par une incompréhension de ce que les élèves attendaient de moi. En effet, j'ai obtenu très peu de retours quant à la représentation qu'ils avaient de la différence.

Enfin, ce sujet a pu leur paraître inintéressant, ce qui pourrait également expliquer ce manque d'attention.

Bien que l'échantillon des sujets interrogés ne soit pas représentatif de la population d'enfants âgés entre 3 et 5 ans, l'image véhiculée par les personnes obèses semble faire apparaître des premiers propos stigmatisants de l'obésité. Cependant, en analysant les réponses aux questions du recueil de représentations, l'obésité ne semble pas, pour le moment, influencer sur les liens sociaux qu'ils pourraient entretenir avec un enfant ou un adulte obèse.

Ma séance a donc toute sa place dans la lutte contre la stigmatisation de l'obésité qui permettrait de prédire une meilleure santé mentale des personnes obèses (Stevens et coll., 2016).

Cependant, il est encore trop tôt pour admettre que les comportements stigmatisants à l'égard de personnes obèses reposent sur leurs représentations, comme l'indiquent Fayard et Fortin (2012).

De façon plus générale, j'éprouve des difficultés à déterminer si les enfants, à cet âge-là, appréhendent la notion de « différence ». En outre, je ne suis pas certaine, qu'à un si jeune âge, ils se soient réellement imprégnés de préjugés à l'égard des personnes obèses même si celles-ci peuvent les interpeller et, parfois même, les mettre mal à l'aise. Néanmoins, cette idée renforce l'importance de philosopher tôt, dès l'école maternelle, comme l'avance Chirouter (2019), avant même que ces préjugés ne se construisent.

2.3.2. Intérêts et limites

Mon étude présente plusieurs intérêts. Tout d'abord, la majorité des actions mises en œuvre, qui participent à la prévention de l'obésité, visent principalement les facteurs comportementaux, tels que l'alimentation et l'activité physique. Cependant, je n'ai trouvé aucune étude qui s'intéresse à la prévention de l'obésité en agissant sur les déterminants psychologiques qui l'entretiennent.

De plus, mon étude ne cherche pas à agir directement sur les personnes obèses mais sur le regard des autres à l'égard de ces dernières. Ainsi, mon étude a l'intérêt de contribuer à la prévention de la stigmatisation de l'obésité en agissant sur les déterminants psychologiques responsables de l'entretien (ou de l'aggravation) de l'obésité. De ce fait, elle vise l'amélioration de la santé mentale des personnes obèses qui participe, par conséquent, à la santé physique.

D'autre part, en influant sur la santé mentale, mon étude permet d'associer l'éducation à la citoyenneté et l'éducation à la santé.

Cependant, l'étude fait apparaître certaines limites. En effet, l'échantillon des élèves, sur lequel l'analyse de la représentation sociale s'est basée, n'est pas vraiment représentatif de la population des élèves âgés entre 3 et 5 ans.

Aussi, le nombre d'ateliers philosophiques proposés n'est pas suffisant pour confirmer ou infirmer l'efficacité de la DVP sur la stigmatisation de l'obésité.

Enfin, même si j'avais pu finaliser mon recueil de données, la période durant laquelle s'est déroulée mon étude ne permet pas, selon moi, de constater une potentielle évolution des représentations sur quelques semaines. En effet, pour obtenir des résultats plus représentatifs et constater l'efficacité de la DVP sur le respect des différences, je pense qu'il serait intéressant de

commencer à proposer des ateliers philosophiques réguliers, dès la petite section jusqu'à la grande section.

Conclusion

En reprenant ma problématique formulée en introduction - **En quoi la discussion à visée philosophique à l'école maternelle permet d'agir contre la stigmatisation de l'image du corps dont l'obésité peut faire l'objet ?** - , je n'ai pas la possibilité d'apporter une réponse précise dans la mesure où je n'ai pas pu terminer mon recueil de données.

Tout d'abord, je ne peux en rien confirmer que la DVP à l'école maternelle permettrait d'agir contre la stigmatisation de l'image du corps dont l'obésité peut faire l'objet. Cependant, j'ai l'intime conviction qu'une anticipation de ce travail, dès le début de l'année scolaire, en proposant davantage d'ateliers tout au long de l'année, aurait pu porter ses fruits ou du moins participer à la construction du « non-jugement » des différences, notamment de l'obésité dans un cas plus précis. En augmentant, le nombre de séances de DVP, j'aurais pu avoir un regard plus juste pour constater l'efficacité et l'impact de la DVP sur la prévention de la stigmatisation de l'obésité.

Les débats philosophiques font partie intégrante de l'EMC, aux cycles 2 et 3 de l'école primaire, contrairement à l'école maternelle où aucun domaine d'apprentissage n'intègre réellement ces débats, d'un point de vue éthique. Pourtant, en apprenant ensemble et en vivant ensemble, la DVP s'y joint totalement. La sensibilisation à la tolérance passe par l'acceptation des différences, le respect d'autrui qui permettent l'exercice de la citoyenneté. En construisant cette citoyenneté, dès l'école maternelle, les possibilités d'agir sur la prévention de la stigmatisation de l'obésité seront, par conséquent, plus grandes ou, du moins, plus engagées. De cette façon, le regard porté sur l'obésité aurait davantage de chances de se voir changé agissant ainsi sur les déterminants psychologiques responsables de cette maladie et donc sur la santé mentale. L'intérêt d'agir sur la santé mentale des personnes obèses participerait alors à leur bien-être mental, social et, par conséquent, physique, rompant ainsi le lien entre les déterminants psychologiques et l'entretien (ou l'aggravation) de l'obésité.

À ce jour, d'après l'atelier philosophique que j'ai mis en place, je n'ai pas la prétention d'approuver l'efficacité de ma démarche. Néanmoins, il est évident que la DVP présente des avantages aux niveaux intellectuel, moral et social, ce qui sous-entend qu'elle pourrait potentiellement participer à la prévention de la stigmatisation de l'image du corps dont l'obésité peut faire l'objet, à travers un travail régulier, sur une période plus étendue et un échantillon de sujets plus grand.

Bien que de nombreuses actions soient mises en place en faveur de la lutte contre l'obésité, il serait aussi intéressant de s'interroger sur la manière de l'appréhender, dans une coéducation parents-école, à l'air du temps, en tenant compte des inégalités sociales, culturelles et religieuses.

Références bibliographiques

Abric, J-C. (2005). *Méthode d'étude des représentations sociales*. Éres.

<https://www.cairn.info/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238-page-59.htm>

Abric, J-C., Pianelli, C., Saad, F. (2010). Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie*, 86(2), 241-274.

<https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2010-2-page-241.htm>

Afshin, A., Forouzanfar, M.H., Reitsma, M.B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., Marczak, L., Mokdad, A.H., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., Salama, JS., Vos, T., Abate, K.H., Abbafati, C., Ahmed, M.B., Al-Aly, Z., Alkerwi, A., Al-Raddadi, R., Amare, A.T., ... Murray, C. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 countries over 25 years. *The New England of Journal Medecine*, 377(1), 13-27.

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1614362?articleTools=true>

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. (2020). *Inactivité physique et sédentarité chez les jeunes : l'Anses alerte les pouvoirs publics*.

<https://www.anses.fr/fr/content/inactivit%C3%A9-physique-et-s%C3%A9dentarit%C3%A9-chez-les-jeunes-l%E2%80%99anses-alerte-les-pouvoirs-publics>

Ameli. (s.d.). *Prévention de l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans. Dispositif « Mission : retrouve ton cap »*.

https://www.ameli.fr/sites/default/files/fiche_presentation_retrouve_ton_cap-cpam93_0.pdf

Audigier, F. (2012). Les Éducation à ... *Recherches en didactiques*, 13(1), 25-38.

<https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/revue-recherches-en-didactiques1-2012-1-page-25.htm>

Audigier, F., Ethier, M-A., Lefrançois, D. (2017). Éducation à la citoyenneté. Dans Barthes, B., Lange, J-M., Tutiaux-Guillon, N. (dir.), *Dictionnaire critique des enjeux et concepts des « éducations à »* (46-55). L'Harmattan.

Arboix-Calas, F. (2013). *Éducation à la santé et complexité : proposition de formation aux stratégies nutritionnelles en milieu scolaire : le cas de la prévention globale de l'obésité dans une étude comparative franco-indienne*. Université Montpellier II - Sciences et Techniques du Languedoc.
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01012110/document>

Ayadi, K., Ezan, P. (2008). *Impact des allégations santé dans les messages publicitaires télévisés sur les pratiques alimentaires des enfants*. Université de Rouen.
https://www.researchgate.net/profile/Pascale-Ezan/publication/268294349_Impact_des_allegations_sante_dans_les_messages_publicitaires_televises_sur_les_pratiques_alimentaires_des_enfants/links/5591292b08ae15962d8c83db/Impact-des-allegations-sante-dans-les-messages-publicitaires-televises-sur-les-pratiques-alimentaires-des-enfants.pdf

Basdevant, A. (2006). L'obésité : origines et conséquences d'une épidémie. *Comptes Rendus Biologies*, 329(8), 562-569.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1631069106000801>

Berdah, C. (2010). Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques*, 168(3), 184-190.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448709001188?casa_token=k-NNCtfh8RsAAAAA:XvXjtyWUGxse6gfueoqbXrOaD_N_itU7R-MR9lsneO2vNLpyr8UmsL-eJNnU5jirIOiGbcv2iw#!

Bernoussi, M., Florin, A. (1995). La notion de représentation : de la psychologie générale à la psychologie sociale et la psychologie du développement. *Enfance*, 48(1), 71-87.

Bucheton, D., Soulé, Y. et Tozzi, M. (2008). *La littérature en débats : discussions à visées littéraire et philosophique à l'école primaire*. SCEREN, CRDP de l'Académie du Languedoc-Roussillon.

Budex, C., Chirouter, E., Galichet, F., Pettier, J-C., Sasseville, M. Tharrault, P., Tozzi, M. (2018). *Pourquoi et comment philosopher avec des enfants ?*. Hatier.

Cazenave, C. (2008). Le débat philosophique à l'école : un changement de posture pour l'élève. *Carrefours de l'éducation*, 25(1), 43-54.

<https://www.cairn.info/revue-carrefours-de-l-education-2008-1-page-43.htm>

CERIN. (2017). *L'obésité dans le monde (OCDE 2017)*.

<https://www.cerin.org/rapports/lobesite-dans-le-monde-ocde-2017/>

Chirouter, E. (2019). Pratiques de la philosophie avec les enfants. *Cahiers dynamiques*, 76(3), 73-82.

<https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2019-3-page-73.htm>

Chirouter, E. ; Tozzi, M. (2016). *Ateliers de philosophie à partir d'albums de jeunesse*. Hachette éducation.

Chirouter, E. (2017). Philosophie et littérature de jeunesse : petit lecteur deviendra grand. *Revue de la Bibliothèque nationale de France*, 54(1), 54-57.

<https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/revue-de-la-bibliotheque-nationale-de-france-2017-1-page-54.htm>

Correia, J-C. ; Golay, A. (2016). Un regard sur l'obésité en Afrique. *Médecine des maladies métaboliques*, 10(2), 182-185.

<https://www-sciencedirect-com.ezpum.biu-montpellier.fr/science/article/pii/S1957255716300475>

Cramer, P. Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad : How early does it begin ? . *Journal of applied developmental psychology*, 19(3), 429-451.

<https://www-sciencedirect-com.ezpum.biu-montpellier.fr/science/article/pii/S0193397399800495>

De Callatey, C., Van Rijckevorsel, E. (2015). Arrêt « Kaltoft » : vers une obligation d'accommodation raisonnable en faveur des personnes obèses ? . *Journal de droit européen*, 15(217), 109-110.

https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/fr/object/boreal%3A166066/datastream/PDF_01/view

De Rosa, A. (2005). Le « réseau d'associations ». Dans J-C. Abric (dir.), *Méthode d'étude des représentations sociales* (81-117). Érès.

Fayard, A. Fortin, J. (2012). Stigmatisation, discrimination, étiquetage : de quoi parle-t-on?. *La Santé de l'homme*, 2012(419), 12-13.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/stigmatisation-discrimination-etiquetage-de-quoi-parle-t-on>

Fischer, G-N., Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Dunod.

Flávia Gabe, B., Nguyen-Plantin, X.L., Fleury, B. (2015). Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil et Obésité : quels traitements ?. *Revue des Maladies Respiratoires*, 10(3), 193-197.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11690-015-0498-1>

Fumeron, F. (2003). Obésité : d'un syndrome monogénique exceptionnel aux interactions entre gènes multiples et environnement nutritionnel. *Oléagineux, Corps Gras, Lipides*, 10(2), 109-114.

<https://www.ocl-journal.org/articles/occl/pdf/2003/02/occl2003102p109.pdf>

Gallissot-Pierrot, E. (2013). *Pratique d'une activité physique et ses facteurs limitants dans une population d'adultes obèses: Diminution des affects dépressifs et possibilités d'action par le médecin généraliste*. Université de Lorraine.

http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_GALLISSOT_PIERROT_ELISE.pdf

Garipey, G. Nitka, D. Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population : a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34(3), 407-419.

<https://www.nature.com/articles/ijo2009252>

Haute Autorité de Santé. (s.d.). *Présentation générale*.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

Henrion-Latché, J. et Tozzi, M. (2016). Discussion à visée philosophique et résilience : déontologie, pratique de l'enseignant et style d'animation dans la conduite de discussions philosophiques à visée résiliente. *Revue des sciences de l'éducation*, 42(3), 168-186.

<https://www.erudit.org/fr/revues/rse/2016-v42-n3-rse03084/1040088ar.pdf>

Heude, B., Charles, M.A. (2001). Le devenir à l'âge adulte de l'obésité de l'enfant. *Journal de pédiatrie et puériculture*, 14(8), 474-479.

<https://www-sciencedirect-com.ezpum.biu-montpellier.fr/science/article/pii/S0987798301801298>

Jodelet, D.(2003). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France.

<https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/les-representations-sociales--9782130537656.htm>

Jourdan, D., Simar, K. (2012). L'éducation à la santé, entre discipline scolaire et approche transversale : analyse de la tâche représentée des enseignants dans les systèmes éducatifs français et irlandais. *Spirale – Revue de recherche en éducation*, 2012(50), 125-137.

https://www.persee.fr/doc/spira_0994-3722_2012_num_50_1_1094

Lambooy, B., Luis, E.(2015). Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances. *La Santé en action*, 2015(431), 12-16.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-definition-et-etat-des-connaissances>

Lange, J-M., Victor, P. (2006). *Didactique curriculaire et « éducations à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ?*. Didaskalia (Paris), Institut national de recherche pédagogique.

<https://hal.umontpellier.fr/hal-01699624/document>

Lecerf, J.-M. (2014). Les déterminants de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent. *Pratiques en nutrition*, 38 (1), 13-15.

<https://www-em-premium-com.ezpum.biu-montpellier.fr/article/893154>

Lecerf, J.-M. (2006). Stress et obésité. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 20(2), 99-107

<https://www-sciencedirect-com.ezpum.biu-montpellier.fr/science/article/pii/S0985056206000197?via%3Dihub>

Leleux, C. (2009). La discussion à visée philosophique pour développer le jugement moral et citoyen ? . *Revue française de pédagogie*, 2009(166), 71-87.

<http://journals.openedition.org/rfp/1271>

Lheureux, F., Lo Monaco, G. (2007). Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'études. *Revue Electronique de Psychologie Sociale* (1), 55-64.

Luppino, F.S., De Wit, L.M., Bouvy, P.F, Stijnen, T., Cuijpers, P., B. W. J. H. Penninx, B.W.J.H., Zitman, F.G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression : A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229.

<https://jamanetwork-com.ezpum.biu-montpellier.fr/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210608>

Manderscheid, J-C. (1994). Modèles et principes en éducation pour la santé. *Revue française de pédagogie*, 1994(107), 81-96.

https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1994_num_107_1_1265

Manderscheid, J-C., Pithon, G. (2000). Éléments de réflexion pour une pédagogie de l'éducation à la santé en milieu scolaire. *Spirale - Revue de recherche en éducation*, 2000(25), 49-68.

https://www.persee.fr/doc/spira_0994-3722_2000_num_25_1_1509

Manger Bouger. (s.d.). *Un plan pour améliorer l'état de santé de la population*.

<https://www.mangerbouger.fr/PNNS#:~:text=Lanc%C3%A9%20en%202001%2C%20le%20Programme,ses%20d%C3%A9terminants%20majeurs%20%3A%20la%20nutrition.>

Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2015). *La discussion à visée philosophique (DVP) ou oral réflexif*.

https://cache.media.eduscol.education.fr/file/EMC/01/7/ress_emc_discussion_DVP_464017.pdf

Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports. (2020). *Programme du cycle 1*.

[https://cache.media.eduscol.education.fr/file/A-](https://cache.media.eduscol.education.fr/file/A-Scolarité_obligatoire/24/3/Programme2020_cycle_1_comparatif_1313243.pdf)

[Scolarité_obligatoire/24/3/Programme2020_cycle_1_comparatif_1313243.pdf](https://cache.media.eduscol.education.fr/file/A-Scolarité_obligatoire/24/3/Programme2020_cycle_1_comparatif_1313243.pdf)

Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports. (2020). *Le parcours éducatif de santé*.

<https://eduscol.education.fr/2231/le-parcours-educatif-de-sante>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) : les points clés*.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/avis-du-haut-conseil-de-la-sante-publique-hcsp-les-points-clés#:~:text=Le%20Haut%20Conseil%20de%20la,et%20en%20formulant%20des%20recommandations.>

Myers, A., Rosen, J. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, 1999(23), 221-230.

<https://www.nature.com/articles/0800765.pdf>

Nègre, V. (2014). *L'obésité des jeunes, faut qu'on en parle*. Canopé.

Oppert, J-M. (2004). Activité physique, sédentarité et gain de poids. *Science des aliments*, 24(2), 115-120.

<https://api.istex.fr/ark:/67375/HT0-X6HWDZFW-W/fulltext.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion à la santé*.

<https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/175/?sequence=17#:~:text=La%20promotion%20de%20la%20sant%C3%A9%20est%20le%20processus%20qui%20conf%C3%A8re,d'am%C3%A9liorer%20celle%20de.&text=Ainsi%20donc%2C%20la%20promotion%20de,pour%20viser%20le%20bien%2D%C3%AAtre.>

Organisation Mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*.

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

Organisation Mondiale de la Santé. (2017, mai). *10 faits sur l'obésité*.

<https://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020, 20 août). *Obésité et surpoids*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Poulain, J-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Presses Universitaires de France.
<https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/sociologie-de-l-obesite--9782130553137-page-110.htm>
- Promonet-Hyvert, A. (2006). *Débattre de la différence à l'école* [Mémoire professionnel de PE2]. IUFM de Bourgogne.
https://www2.espe.u-bourgogne.fr/doc/memoire/mem2006/06_0401691W
- Prud'Homme, L., Duchesne, H., Bonvin, P. (2016). *L'inclusion scolaire : ses fondements, ses acteurs et ses pratiques*. De Boeck.
<https://univ-scholarvox-com.ezpum.biu-montpellier.fr/book/88841219>
- Puhl, R., Brownell, K. (2001). Bias, discrimination and Obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2001.108>
- Ritz, P. (2017). L'hyperphagie de la personne obèse. *Obésité & Diabète*, 12(107), 96-104.
https://diabeteetobesite.fr/wp-content/uploads/2017/05/DIA107_DOSSIER_FLIP-2.pdf
- Roelandt, J-L., Caria, A., Benradia, I., Vasseur Bacle, S. (2012). De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. À propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale: images et réalités » en France et dans 17 pays. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 137-149.
<http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/487>
- Rosmond, R., Dallman, M.F., Björntorp, P. (1998). Stress-Related Cortisol Secretion in Men : Relationships with Abdominal Obesity and Endocrine Metabolic and Hemodynamic Abnormalities. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 83(6), 1853-1859.
<https://academic-oup-com.ezpum.biu-montpellier.fr/jcem/article/83/6/1853/2865149?searchresult=1>
- Rubio, M-N. (2019). Dès la petite enfance, lutter contre les discriminations. Dans Haussin, C., Rayna, S., Rubio, M-N., Séméria, P. (dir.), *Petite enfance : art et culture pour inclure* (21-39). Érès.
<https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/petite-enfance-art-et-culture-pour-inclure--9782749262475-page-21.htm>
- Sobak, J., Stunkard. A.J. (1989). Socioeconomic status and obesity : A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 105(2), 260-275.

<https://web-a-ebsochost-com.ezpum.biu-montpellier.fr/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=afe58f4f-76f8-4f74-8b52-2ed5ac0956a8%40sdc-v-sessmgr03>

Stevens, S.D., Herbozo, S., Morrell, H.ER., Schaefer, L.M., Thompson, J.K. (2016). Adult and childhood weight influence body image and depression through weight stigmatization. *Journal of health psychology*, 22(8), 1084-1093.

<https://journals-sagepub-com.ezpum.biu-montpellier.fr/doi/pdf/10.1177/1359105315624749>

Tozzi, M. (2018). Développer le jugement moral et la citoyenneté des élèves par la discussion à visée démocratique et philosophique. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 63(2), 63-71.

<https://www.cairn.info/revue-spirale-revue-de-recherches-en-education-2018-2-page-63.htm>

Tozzi, M. (2008). Faire philosopher les enfants constats, questions vives, enjeux et propositions. *Diogène*, 224(4), 60-73.

<https://www.cairn.info/revue-diogene-2008-4-page-60.htm>

Troude-Chastenet, P. (2015). Surpoids et course à la minceur. *Études*, 2015(10), 29-41.

<https://www.cairn.info/journal-etudes-2015-10-page-29.htm>

Tubiana, M. (2006). Santé mentale de l'enfant. *VST- Vie sociale et traitements*, 3(91), 116-143.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2006-3-page-116.htm>

Université de Genève. (2015). *Communiqué de presse - L'effet inattendu du microbiote intestinal contre l'obésité.*

<https://www.unige.ch/communication/communiques/files/6614/8698/6415/CdP151116.pdf>

Van Cauter, E., Spiegel, K., Tasali, E. Leproult, R. (2008). Metabolic consequences of sleep and sleep loss. *Sleep medicine*, 9(1), S23-S28.

<https://www-sciencedirect-com.ezpum.biu-montpellier.fr/science/article/pii/S1389945708700133?via%3Dihub>

Vigarello, G. (2016). *Les métamorphoses du gras : Histoire de l'obésité. Du Moyen-Âge au XXe siècle.* Éditions du Seuil.

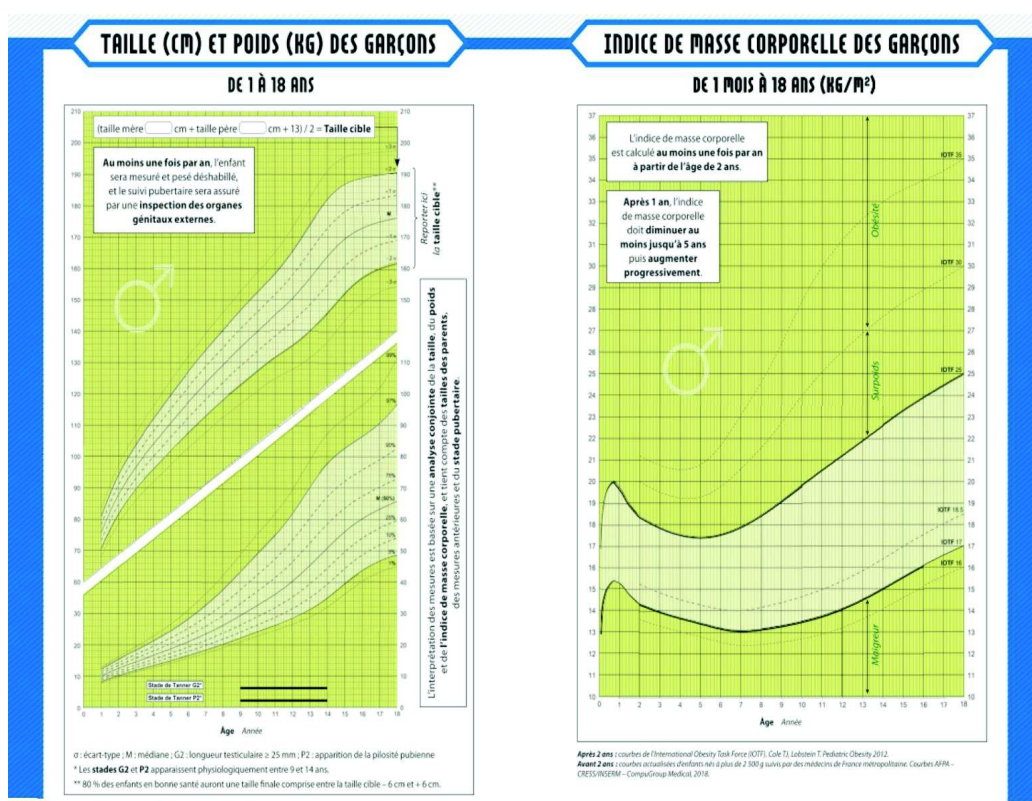
Annexes

Annexe 1 : Courbes de croissance et IMC, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2018

Annexe 2 : Recueil des représentations des élèves envoyé aux parents

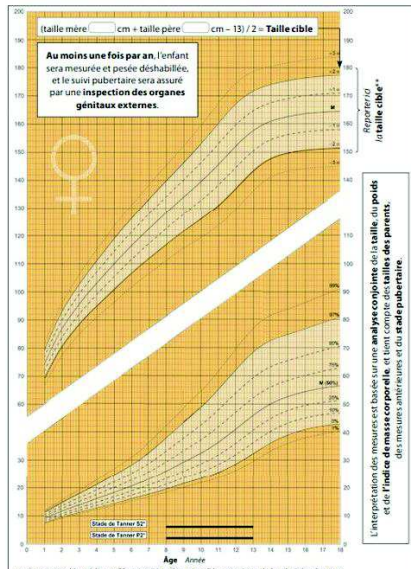
Annexe 3 : Tableau récapitulatif détaillé des mots et expressions utilisés pour le recueil de représentations des élèves concernant la photo de la petite fille Recueil des représentations des élèves envoyé aux parents

Annexe 4 : Support visuel atelier photolangage



TAILLE (CM) ET POIDS (KG) DES FILLES

DE 1 À 18 ANS

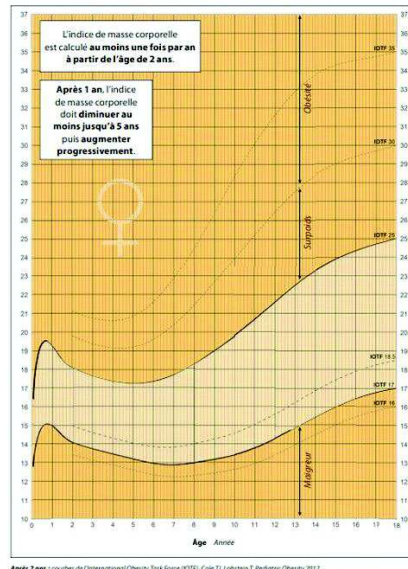


84

Courbes de croissance AFPA - CRESS-INSERM - CompuGroup Medical, 2018 (données nées à plus de 2 500 g et suivies par des médecins sur le territoire métropolitain).

INDICE DE MASSE CORPORELLE DES FILLES

DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)



85

Annexe 2 : Recueil des représentations des élèves envoyé aux parents

Exercice 1 : Association mots/image	
Indiquer les 10 termes qui viennent spontanément à l'esprit de votre enfant lorsqu'il regarde la photo de la petite. Indiquez-les tels qu'ils viennent.	
Écrivez un terme dans chaque case ci-dessous :	

Exercice 2 : Hiérarchisation	
Une fois la liste en vrac établie, classez les termes utilisés par votre enfant de 1 à 10 en affectant un terme à côté de chaque chiffre par ordre d'importance, dans les cases ci-dessous.	
À côté de la case « 1 », mettre le terme qui paraît le plus important à ses yeux quand il regarde la photo.	
À côté de la case « 2 », mettre celui qu'il juge un petit peu moins important, ... et ainsi de suite jusqu'à « 10 ».	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Exercice 3 : Questions	
Question 1	<i>Pourrais-tu devenir copain/copine avec elle ? Si oui/non, pourquoi ?</i>
Question 2	<i>Voudrais-tu jouer avec elle ? Si oui/non, pourquoi ?</i>

Annexe 3 : Tableau récapitulatif détaillé des mots et expressions utilisés pour le recueil de représentations des élèves concernant la photo de la petite fille

Mots / Expressions	Nombre d'évocations
Elle est grande	3
Elle est trop grande	1
Elle est très grande	1
Elle est grosse	7
Elle est costaud	1
Elle a des plis sous les bras	1
Elle a des bras musclés	1
Elle a des gros muscles	1
Elle a des grosses jambes	1
Elle a une grosse tête	2
Elle a des gros bras	1
Elle a des grandes jambes	1
Elle a des grands bras	1
Elle a des grands pieds	1
Elle a un grand visage	1
Elle a des grands cheveux	1
Elle a une grosse robe	1
Elle a un gros menton	1
Elle est en colère	3
Elle est énervée	2
Elle n'est pas contente	2
Elle est méchante	1
Elle est triste	8
Elle ne sourit pas	2
Elle fait la tête	1
Elle est bizarre	2
Elle est étrange	1
Elle n'est pas jolie	1
Elle est moche	1
Elle n'est pas belle	2
Elle a une jolie robe	2
C'est une fille	3
C'est une petite fille	1
Elle est belle	3
Elle est jolie	2
Sa tête est jolie	1
Elle est gentille	2
Elle est contente	1
Elle me regarde	1
Elle me dit qu'elle est bien	1
Elle a une robe bleue	2
Elle a une robe	5
Elle a une robe courte	1
Elle a une longue robe	1
Elle a une belle robe	1
Elle a des manches courtes	1
Elle a des fleurs sur sa robe	1
Elle a de jolies jambes	2
Elle a des beaux cheveux	2

Elle a des belles mains	1
Elle a des beaux yeux	1
Sa robe n'est pas belle	1
Sa peau n'est pas belle	1
Elle a une belle bouche	1
Elle a les yeux marrons	1
Elle a deux yeux	1
Elle a des grands yeux	1
Elle a les yeux ronds	1
Elle a une salopette	1
Elle a les cheveux noirs	5
Elle a des cheveux longs	1
Elle a des mains	2
éElle a des petites mains	1
Elle a des bras	3
Elle a de jolis bras	1
Elle a des jambes	2
Elle a des pieds	2
Elle a une bouche	1
Elle a un menton	1
Elle a un nez	1
Elle est debout	1
Elle a du marron sur ses bras	1
Elle est petite	1
Elle a des petites jambes	1
Elle a un petit nez	1
Elle n'a pas perdu ses dents	1
Il y a un tableau à côté	1
Ses draps sont beaux	1
Il y a des fleurs	1
Elle est dans sa maison	2
Le mur est joli	1
On voit des murs	1
Le canapé est joli	1
Elle a un trop petit lit	1
Elle marche sur des chats	1
On ne voit pas ses pieds	1
TOTAL	133

Regroupement des termes et de leur nombre d'évocations ci-dessous :

Grande	5
Grosse/ costaud	15
Grands membres	3
Petits membres	2
Musculature	2
Beau/ joli (physique)	6
Jolies parties corps et visage	8
Laid/ désagréable (physique)	5
Beau/ joli (vêtement)	3
Colère/ énervée/ pas contente	8
Triste	10
Étrange/ Bizarre	3
Contente/ bien	2
Gentille	2
Fille/ petite fille	4
Robe/ robe bleue	7
Particularités de la robe	4
Parties du visage	7
Parties du corps	9
Particularités cheveux	7
Particularités visage	2
Autres	19
TOTAL	133