



HAL
open science

Des familles vulnérables-responsables : les effets de la médicalisation de l'obésité infantile

Élodie Leszczak

► **To cite this version:**

Élodie Leszczak. Des familles vulnérables-responsables : les effets de la médicalisation de l'obésité infantile. Sciences de l'Homme et Société. 2023. dumas-04204364

HAL Id: dumas-04204364

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04204364v1>

Submitted on 7 Feb 2024

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



Des familles vulnérables-responsables : les effets de la médicalisation de l'obésité infantile

Elodie Leszczak

Sous la direction de Hélène Buisson-Fenet,
directrice de recherche au CNRS

Mémoire de Master 2 de Sociologie
Master Sciences Sociales, parcours Socialisations, savoirs, institutions
École Normale Supérieure de Lyon

*« Nutritionists tend to be **crusaders**, trying to convert **sinners into saints**, while **medical practitioners**, in many instances, are resigned to the recognition that **obese patients** are **incurables** who are to be dismissed “with a few dietary admonitions, a printed list of foods and a medication.” The result in either case is **unsatisfactory**. »*

– Werner J. Cahnman, « The Stigma of Obesity », *The Sociological Quarterly*, 1968, vol.9, n°3, p.287.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Table des matières | 2 |
| Remerciements | 4 |
| Introduction | 5 |
| I. Revue de littérature. L'obésité infantile, entre sociologie de la santé, du corps, de l'alimentation, de l'enfance et de la socialisation familiale | 7 |
| II. Problématique. Du gradient social de l'obésité infantile à l'étude de sa prise en charge | 10 |
| III. Méthodologie. Une enquête qualitative basée sur une trentaine d'entretiens semi-directifs | 11 |
| A. Première série d'entretiens | 12 |
| B. Deuxième série d'entretiens | 14 |
| C. Analyse de corpus et littérature grise | 15 |
| IV. Le choix des mots | 16 |
| Première partie. Une prise en charge médicale triangulaire et inégale | 19 |
| I. Un dispositif de prise en charge innovant | 19 |
| A. Qu'est-ce qu'un Réppop ? | 19 |
| B. Des soignants adoptant et diffusant des pratiques de soin à la pointe | 22 |
| C. Les coûts de la prise en charge Réppop | 24 |
| II. L'enfant-patient dans une double-asymétrie | 26 |
| A. Un médecin fortement légitime | 26 |
| B. La domination des adultes, gardiens de la santé de la jeune génération | 28 |
| C. Une attention rare accordée à l'enfant | 30 |
| III. Les enfants pris en charge et les autres | 31 |
| A. Le profil des patients du Réppop | 31 |
| B. Les enfants écartés du dispositif | 33 |
| C. La majorité des enfants obèses ne bénéficient pas d'un tel dispositif | 35 |
| Deuxième partie. Une prise en charge médicale à la fois déculpabilisante et moralisante | 39 |
| I. L'obésité infantile comme pathologie | 39 |
| A. Une reconnaissance récente comme maladie | 39 |
| B. L'origine de la surcharge pondérale : beaucoup de théories et peu de consensus | 41 |
| C. Une presque-pathologie ? | 44 |
| II. Les soignants, professionnels de la morale familiale | 47 |
| A. Un traitement médical... par l'amélioration de leur hygiène de vie par les familles | 47 |
| B. Une extension du domaine médical | 50 |
| C. Un travail de moralisation | 52 |
| III. La nécessité d'une famille « motivée » et l'invisibilisation de ses conditions sociales de possibilité | 54 |
| A. Une réception variable et située socialement par les familles | 54 |
| B. La motivation de la famille, un prérequis essentiel à l'action du soignant | 58 |
| C. Un cadrage individualisant de l'obésité | 61 |

| | |
|---|-----------|
| Troisième partie. Prise en charge légitime, prises en charge déviantes | 67 |
| I. Le degré de contrôle légitime | 67 |
| A. Les parents n'exerçant pas assez de contrôle | 67 |
| B. Les parents exerçant trop de contrôle | 69 |
| C. Trouver le juste milieu en tant que soignant | 72 |
| II. La temporalité légitime | 74 |
| A. Une surveillance précoce et systématique via la courbe de corpulence | 74 |
| B. S'inscrire dans une temporalité de long terme | 77 |
| C. Semer une graine : un changement en douceur | 79 |
| III. Buts et moyens d'action légitimes | 81 |
| A. Désaccords sur le but : la centralité de la perte de poids | 81 |
| B. Désaccords sur les moyens : les indications quantitatives | 84 |
| C. Une non-coïncidence entre la demande et l'offre de soins | 88 |
| Conclusion | 91 |
| Bibliographie | 93 |

Remerciements

Tout d'abord, j'adresse tous mes remerciements à mes enquêté-es pour leur temps et leur confiance. Qu'ils m'aient parlé de leur propre expérience de la surcharge pondérale ou de leur investissement professionnel sur cette question, leur ouverture et leur parole ont été grandement appréciées.

Je remercie très sincèrement Hélène Buisson-Fenet de son soutien et son accompagnement attentionné depuis près de quatre ans désormais, et Jean-Hugues Déchaux d'avoir accepté de participer au jury de soutenance de ce mémoire.

Merci à Jeanne pour ses conseils et sa capacité à sociologiser à toute heure du jour et de la nuit, et à Aurélien, Guillaume, Ilona, Juliette et Marin. Leur amitié et leur propre passion pour la recherche ont été des inspirations précieuses et des bouffées d'air frais, et je leur souhaite le meilleur dans la poursuite de leurs thèses respectives.

Introduction

Dès 3 ans, les enfants associés aux adultes et enfants obèses des caractéristiques négatives, indésirables, se montrent réticents à jouer avec eux, et la préférence pour les personnes minces est encore plus forte parmi les enfants eux-mêmes en surcharge pondérale¹ (Cramer et Steinwert 1998). À 6 ans, la corpulence des enfants français dépend déjà significativement de la PCS de leurs parents : 1% des enfants de cadres sont obèses, mais cette proportion est multipliée par 6 concernant les enfants d'ouvriers². Or la corpulence dans l'enfance est fortement liée à celle à l'âge adulte : 90% des enfants obèses à 3 ans seront toujours en surcharge pondérale à l'adolescence, d'après une étude allemande (Geserick et al. 2018) ; et les Américains obèses à 2 ans auraient 79% de chance de toujours l'être à 35 ans (Ward et al. 2017). Les inégalités sociales face à l'obésité et la stigmatisation associée commencent donc dès la petite enfance, et posent les fondements de mécanismes ayant de fortes

probabilités de persister tout au long de la vie des personnes, la corpulence participant de la fabrication de « corps de classe » (Court et al. 2014).

S'il n'est pas nouveau de considérer l'obésité comme problématique dans les pays développés, le seuil socialement défini de tolérance de « l'excès » pondéral a diminué historiquement (Fischler 1990), et son cadrage a changé. De problème moral d'une personne qui ferait preuve de glotonnerie, elle s'est muée à partir du milieu du XX^e siècle en un problème médical, qu'il faudrait combattre non plus en raison d'un supposé vice ou péché mais au nom des risques médicaux que la corpulence du patient lui ferait encourir (Poulain 2009). En 1990, l'obésité est entrée dans l'*International Classification of Diseases* comme maladie à part entière, et en 1997, l'OMS l'a reconnu comme « maladie chronique » touchant « les enfants comme les adultes ». Pourtant, la référence morale n'a pas tout à fait disparu, en partie en raison de nombreuses

¹ Le surpoids est défini, selon un critère médical international, par un indice de masse corporelle (IMC) – i.e. le poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres au carré – supérieur ou égal à 25 et inférieur à 30 ;

l'obésité, par un IMC supérieur à 30. La surcharge pondérale englobe le surpoids et l'obésité et désigne donc tous les cas où l'IMC est supérieur ou égal à 25.

² Enquête nationale de santé scolaire, DREES, 2012-2013.

inconnues scientifiques autour de l'origine, de la nature et des traitements possibles de l'obésité (Ailhaud et al. 2000). Les effets pervers de l'action publique en la matière sont connus : « à mesure que progresse la "conscience publique" des conséquences pathologiques de l'obésité (en conséquence de multiples efforts de "sensibilisation"), ceux qui "refusent" visiblement et ouvertement de tenir compte des avertissements officiels donnent des preuves supplémentaires de leur ignorance et de leur irresponsabilité » (Vandebroeck et Wirth 2015). La disjonction entre lecture moralisatrice et lecture médicale de l'obésité apparaît incomplète, et le coût de sa mise à l'agenda politique au début des années 2000 est celui d'une accentuation de « l'anxiété alimentaire » dans la population générale et de la stigmatisation des personnes obèses (Poulain 2004).

Le statut des enfants obèses se différencie de celui des adultes en cela que leur jeune âge conduit à les considérer comme moins responsables de leur corpulence : les politiques de santé publique les présentent comme livrés à eux-mêmes, sédentaires, victimes d'une offre agro-alimentaire de mauvaise qualité et de leurs parents qui ne comprendraient pas suffisamment les informations nutritionnelles (Corbeau 2005). La prévention de l'obésité infantile s'inscrit

ainsi parmi les attentes multipliées et les injonctions éducatives croissantes pour être un « bon » parent (Le Pape 2014). En raison de la croyance selon laquelle il serait plus simple de retrouver un statut pondéral normal dans l'enfance qu'à l'âge adulte, une certaine urgence entoure sa prévention et sa prise en charge, faisant peser la mission de l'enrayer au plus vite sur les familles, et en particulier les mères. Paradoxalement, si celles-ci sont perçues comme « les mieux placées pour s'occuper de leurs enfants, ces mêmes mères ont aussi besoin de multiples conseils d'"experts" pour s'occuper correctement de leurs enfants » (Herndon 2010, 334). L'obésité infantile étant définie comme une maladie, on attend des parents d'enfants en surcharge pondérale qu'ils s'en remettent aux professionnels de santé pour leur indiquer la marche à suivre. Dans une configuration triangulaire dans le plus simple des cas, parents, enfant et soignant doivent collaborer pour ralentir ou stabiliser l'augmentation de la corpulence de l'enfant. Au moins trois questions se posent alors : l'enfant est-il au-delà de la norme pondérale ? Faut-il agir sur sa corpulence ? Et comment ? Les réponses apportées à celles-ci par les trois acteurs sont rarement convergentes, car elles touchent, entre autres, à leurs représentations du corps et de la santé, dont il est établi qu'elles varient selon le

genre, l'âge, la nationalité ou encore la classe (Mennesson et al. 2019). Ainsi, si la norme de corpulence médicale est définie avec précision sur la base de l'IMC depuis 2000 concernant les enfants³, le caractère arbitraire de ses seuils a été souligné (Poulain 2009), et leur légitimité peut être

rejetée par certaines familles au profit d'autres étalons de mesure. Quant à la question du « comment », elle ne trouve pas de réponse consensuelle y compris au sein de la communauté médicale, comme nous le verrons.

I. Revue de littérature. L'obésité infantile, entre sociologie de la santé, du corps, de l'alimentation, de l'enfance et de la socialisation familiale

La grande majorité de la recherche scientifique concernant l'obésité infantile relève de la médecine, comme pour l'obésité en général (Ferez et Thomas 2014). Il a été établi que la prévalence de l'obésité infantile est inversement corrélée au niveau socio-économique des parents dans les pays développés (Shrewsbury et Wardle 2008), et les travaux de médecine évaluant les programmes de lutte contre l'obésité infantile ont fait état d'effets très mitigés sur la corpulence des enfants. Une majorité d'entre eux reprennent du poids immédiatement après la fin du programme ou quelques années plus tard

(Nhingpanha-Palomba et al. 2013), ce qui les conduit à avoir une image d'eux-mêmes encore plus négative qu'initialement (Eg et al. 2019). De nombreuses thèses d'exercice de médecine se sont consacrées cette dernière décennie aux pratiques des généralistes en terme de prévention et de prise en charge de l'obésité infantile (Culan et Senaffe 2018 ; Ducreux 2014), évaluant leurs difficultés et leurs pratiques au regard des recommandations (Lambou 2013 ; Payet 2018 ; Boujon et Balvay 2020), signe d'une préoccupation grandissante dans la communauté médicale pour cette thématique.

³ En France, pour mesurer la corpulence d'un enfant, on calcule son IMC, puis on le rapporte dans un graphique où figurent les courbes de corpulence de l'International Obesity Task Force (IOTF), en regardant entre quelles courbes se situe le point croisant l'IMC de l'enfant et son âge. Les références IOTF correspondent à des données de référence recueillies auprès de milliers d'enfants de six

pays. Par exemple, si le point se situe au-dessus de la courbe « IOTF30 », on estime qu'en poursuivant sur la même tendance, l'enfant atteindra un IMC supérieur à 30 à 18 ans. Il est alors considéré comme un enfant en situation d'obésité. Pour une représentation graphique, voir p. 75.

Du côté des sciences sociales, beaucoup de travaux sur les enfants obèses s'intéressent à l'expérience de la stigmatisation par les jeunes obèses et leur perception d'eux-mêmes (Tibère et al. 2007 ; Wills et al. 2008). Une thèse a été consacrée au processus parental de mise en pratique de la prescription médicale, qui devient peu à peu « familiarisée », entre autres dans le cas d'enfants obèses (Keppens 2010). Quelques travaux francophones se sont intéressés dans une optique foucaldienne à la prise en charge institutionnelle de l'obésité infantile par l'activité physique et/ou l'éducation nutritionnelle comme un biopouvoir exercé sur les enfants (Jacolin-Nackaerts et Clément 2008 ; Lutz 2018). Les programmes étudiés n'ont pas réduit les inégalités sociales de corpulence, car les changements d'habitudes alimentaires et sportives sont d'autant plus faciles à mettre en place par les familles que celles-ci se situent en haut de l'espace social, et car les enfants obèses dont les dispositions en la matière sont très éloignées de celles promues par les prescripteurs contournent les dispositifs, empêchant tout effet socialisateur durable de ceux-ci (Lutz 2020 ; Grassler et al. 2019b). Les jeunes en surcharge pondérale ne diffèrent ainsi pas des autres : la socialisation familiale et par les pairs, alimentaire en particulier, apparaît

avoir déjà eu suffisamment d'effets à leur âge pour que des collégiens, par exemple, ne soient pas réceptifs aux injonctions alimentaires légitimes (Maurice 2013 ; Guetat 2009). La littérature anglophone se montre circonspecte quant à la prévention de l'obésité infantile, dont elle souligne les effets pervers (O'Dea 2005), majoritairement concernant la culpabilisation et l'anxiété qu'elle provoque chez les parents (Fullagar 2008 ; Petersen et al. 2014 ; Wright et al. 2015). Les travaux sur l'obésité infantile ne développent ainsi pas ou peu le point de vue des professionnels mettant en place les programmes ou celui des enfants, et s'appuient principalement sur des entretiens avec les mères et des observations.

Les travaux de sociologie portant sur l'obésité des adultes sont bien plus nombreux, et remontent à une cinquantaine d'années (Cahnman 1968). La piste de la génétique ne pouvant expliquer la forte augmentation de sa prévalence ces dernières décennies (De Saint Pol 2010), l'obésité tiendrait au moins partiellement aux pratiques alimentaires et sportives des personnes, et se prête donc particulièrement à l'analyse sociologique. La majorité des publications adoptent une posture critique, soulignant combien le corps mince, bien qu'unaniment

reconnu comme légitime, n'est pas atteignable par tous (Vandebroeck et Wirth 2015). Tout un pan de travaux montre comment l'action publique française concernant la prévention de l'obésité est emblématique du gouvernement des conduites (Dubuisson-Quellier 2016a), passant par des labels (Bergeron et al. 2014) et un travail de négociation avec des acteurs privés (Boubal 2019 ; Benamouzig et Boubal 2022) aboutissant à des politiques individualisantes plutôt que structurelles ou tournées vers l'offre alimentaire (Merlaud et Terral 2016 ; Bergeron et al. 2019). Le cadrage de l'obésité comme une responsabilité individuelle est dénoncé en raison du paradoxe d'un contexte d'abondance où la consommation est valorisée, mais où on attend simultanément des personnes qu'elles se restreignent et soient minces, dans une démonstration de leur autodiscipline (Lupton 2018). La stigmatisation médicale et ses conséquences néfastes sur la santé des personnes obèses a été documentée (Carof 2017b), et le terme de grossophobie commence à apparaître dans des publications scientifiques francophones (Carof 2021). Ces dernières restent distancées de la sphère militante, à l'inverse des *fat studies* anglosaxonnes institutionnalisées (Rousseau 2016).

De nombreux travaux mêlant sociologie de l'alimentation et sociologie de la santé ont interrogé la possibilité pour des adultes de modifier leurs pratiques et dispositions alimentaires, dans l'optique de perdre du poids (Régnier et Masullo 2009 ; Darmon 2010) ou dans le cas de problèmes de santé comme le diabète ou l'hypercholestérolémie (Fournier 2012 ; Schlegel 2022). D'autres se sont consacrés aux tentatives de modification des pratiques sportives, par exemple chez les adultes obèses (Jacolin-Nackaerts 2018). Tous concluent à des inégalités de classe et de genre dans l'observance des prescriptions normatives, en raison de représentations socialement situées du corps et de l'alimentation désormais bien établies (Longchamp 2014 ; Carof 2015), de la force d'inertie des dispositions antérieures ou encore d'écart entre les attentes et besoins des participants ou patients et les suivis mis en place (Lhuissier 2006). Ce mémoire sera l'occasion d'explorer un cas de tentative de socialisation de transformation non pas une fois ces dispositions sociales relativement stabilisées, mais à l'âge de la socialisation primaire, et de proposer des pistes sur en quoi elle peut différer de celle des adultes.

Si on s'éloigne de la seule question de la corpulence, il faut souligner la multiplication depuis une quinzaine

d'années dans la sociologie francophone de travaux mêlant la question de la santé et celle de l'enfance et/ou de la famille, notamment des mères (Gojard 2010). La sociologie dispositionnaliste a conduit à de nombreux travaux sur la socialisation alimentaire, corporelle et sanitaire dans l'enfance, apportant un éclairage qualitatif sur la formation précoce des inégalités sociales de santé (Court et al. 2014 ; Lahire 2019). La sociologie de la santé, dans son mouvement vers une prise en compte croissante de la contribution des patients eux-mêmes au soin, s'est intéressée aux familles de ceux-ci (Mougel-Cojocar 2007a ; Cresson 2010) et au point de vue des patients ordinairement perçus comme

parmi les plus passifs, à savoir les enfants (Diasio, Vinel et Bichet 2019 ; Mougel 2021 ; Dessajan 2021). Quelques travaux anglophones des années 1970 sur les trajectoires hospitalières d'enfants malades font référence pour leur prise en compte inédite des enfants eux-mêmes (Pill et al. 1970 ; Bluebond-Langner 1978), mais aucune recherche d'ampleur comparable ne s'est centrée sur l'expérience des enfants malades en France, faisant dire à Sarra Mougel que « s'il n'est plus possible d'affirmer que la sociologie de la santé méconnaît l'enfance, sa contribution à la sociologie de la médecine et de la santé reste encore à démontrer » (Mougel 2022, 65).

II. Problématique. Du gradient social de l'obésité infantile à l'étude de sa prise en charge

Je ne reviendrai que marginalement sur des éléments permettant d'expliquer la prévalence socialement différenciée de l'obésité infantile, déjà largement discutée dans la littérature, au profit d'une focalisation sur les représentations de l'obésité et de sa prise en charge de jeunes concernés et de professionnels de santé. En effet, la grille d'analyse prédominante aujourd'hui est celle, dépolitisante, cherchant dans les comportements des

personnes l'explication des inégalités sociales de santé, au détriment de l'analyse de celles causées par l'organisation du système de santé et par les relations entre professionnels de santé et usagers (Gelly et al. 2021). Ainsi, je considère que toutes les inégalités sociales de corpulence ne trouvent pas leur source dans des comportements individuels « déviants » qu'il suffirait de corriger. Ce travail consistera donc d'avantage en une

« sociology of obesity » prenant pour objet les pratiques et les discours médicaux plutôt qu'une « sociology in obesity » soulignant les « causes sociales » de la maladie (Poulain 2009).

La reconnaissance de l'obésité infantile comme maladie est relativement récente, et sa prévention comme sa prise en charge sont encore tâtonnantes, apparaissent difficiles et incapables en particulier de combler, voire de ne pas creuser davantage, les inégalités sociales de corpulence. Selon Jean-Pierre Poulain, la médicalisation de l'obésité a permis de dégager davantage de moyens à un accompagnement par des professionnels, mais a aussi donné « une forme de légitimité scientifique à la stigmatisation des obèses et [les a enfermés] dans un nouveau ghetto diétético-psychologique » (Poulain 2004, 41). Qu'en est-il vingt ans plus tard ? Comment les professionnels de santé perçoivent-ils et prennent-ils en charge l'obésité infantile, leurs jeunes patients et les familles de ceux-ci ? Le cadrage de

l'obésité comme pathologie a-t-il été adopté par ces différents acteurs ?

Autrement dit, quels sont les effets de la médicalisation de l'obésité infantile sur les enfants concernés, leurs familles et les professionnels de santé ?

Je caractériserai dans une première partie la prise en charge médicale très hétérogène de l'obésité infantile en France, d'une de ses formes les plus institutionnalisées à sa fréquente non-prise en charge. À travers l'exemple des réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (Réppop), je montrerai ensuite les effets paradoxaux, à la fois déculpabilisants et moralisants, du mode de prise en charge actuel sur les enfants obèses et leurs parents. Enfin, en dessinant les contours des modes légitimes et déviants de contrôle de la corpulence des jeunes obèses, je soulignerai de multiples écarts normatifs entre professionnels et profanes, et au sein même de ces groupes.

III. Méthodologie. Une enquête qualitative basée sur une trentaine d'entretiens semi-directifs

« Face à l'injonction à la loi des grands nombres, très forte dans les recherches en santé », je partage l'opinion de chercheuses

quant à « l'intérêt des recherches et méthodes qualitatives, notamment quand il s'agit d'étudier les mises en récit, celles

produites par les institutions sociales (de santé et au-delà) et celles produites par les usager-ère-s de ces institutions, dont la sociologie contribue ce faisant à faire entendre les prises de parole » (Gelly et al. 2021). Ce travail repose sur deux séries d'entretiens, l'une avec des jeunes ayant été

en surcharge pondérale dans leur enfance et l'autre avec des professionnels de santé spécialistes de l'obésité infantile, pour un total de 33 heures d'entretiens, et dans une moindre mesure sur des corpus de témoignages de parents d'enfants obèses et de littérature grise.

A. Première série d'entretiens

La première série d'entretiens a été réalisée à l'automne 2020 avec quinze jeunes adultes⁴ ayant été en surcharge pondérale dans leur enfance et/ou adolescence, peu importe leur corpulence au moment de l'entretien. Les entretiens ont duré une heure en moyenne ; ils ont été intégralement retranscrits (120 000 mots au total) et codés thématiquement.

Les enquêtés ont été recrutés par des annonces sur les réseaux sociaux. Les femmes y sont surreprésentées (11 pour 4 hommes) ; en revanche, les enquêtés sont issus de milieux sociaux variés, allant d'une famille monoparentale précaire aux classes supérieures. Trois enquêtées ne sont pas nées en France, et trois enquêtés sont nés en France mais ont au moins un parent né à l'étranger. À l'exception d'Ezra, que j'avais rencontré à quelques occasions à travers

des amis communs cinq ans avant l'entretien, je n'avais aucun lien d'interconnaissance avec les enquêtés.

Le recrutement des enquêtés n'a pas comporté de critères du type « avoir été diagnostiqué comme en surcharge pondérale par un médecin » ou « avoir connu un suivi médical et/ou psychologique dédié à sa surcharge pondérale ». En effet, un grand nombre de jeunes en surcharge pondérale ne passent pas par des programmes dédiés de lutte contre l'obésité, voire parfois même pas par une prise en charge par leur pédiatre ou généraliste. Les hospitalisations et suivis psychologiques évoqués en entretien avaient toujours pour raison des troubles du comportement alimentaire (TCA) ultérieurs et jamais la seule surcharge pondérale. Réduire l'enquête aux

⁴ Je dispose de treize entretiens « complets », d'un entretien plus bref réalisé en anglais avec une jeune femme ne parlant pas couramment français, et d'un long échange

sur messagerie instantanée avec une quinzième enquêtée qui a refusé un entretien par téléphone ou par visioconférence.

personnes ayant été diagnostiquées et traitées par des professionnels de santé aurait donc impliqué de mettre de côté la majorité des parcours « ordinaires » de jeunes en surpoids, qui se caractérisent souvent précisément par le sentiment d'être démuné et pas assez accompagné.

Interroger directement les jeunes plutôt que leurs parents a permis de recueillir leur point de vue sur leur trajectoire de corpulence, ce qu'ils dissimulaient à leurs parents, et ce qu'ils pensent avec le recul du contrôle (ou de l'absence de contrôle) de leur poids par ces derniers. Là où les parents ont tendance à minimiser leurs pratiques déviantes, mes enquêtés les exposaient aisément car estimaient que leurs parents en étaient responsables, et pas eux-mêmes. Les enquêtés avaient entre 18 et 30 ans, 23 en moyenne. Certains poursuivaient des études supérieures, d'autres avaient une activité professionnelle. Cette tranche d'âge a été choisie car les enquêtés sont assez jeunes pour se souvenir en détail de leur enfance et adolescence, et assez âgés pour avoir déjà eu l'occasion de réfléchir à leur expérience de la surcharge pondérale, avoir été confrontés à de nouveaux points de vue sur l'obésité leur ayant éventuellement permis de prendre du recul sur ceux de leurs parents, pouvoir exprimer des concepts abstraits et des idées plus

complexes qu'ils ne l'auraient pu enfants (Salazar 2007). De plus, la majorité d'entre eux avaient quitté le domicile parental récemment, et leurs pratiques alimentaires et sportives n'étaient plus directement contraintes par celles de leurs parents, ce a permis d'étudier l'évolution de celles-ci, de leurs représentations et de leur corpulence. Enfin, le choix de ce profil s'explique surtout par la volonté de retracer toute la trajectoire de corpulence de l'enquêté depuis son enfance, d'avoir une vision de long terme des entreprises de contrôle de son poids et de l'évolution de ses pratiques. Les modifications ne sont souvent étudiées dans la littérature qu'à l'échelle d'un régime ou de la participation à un programme de perte de poids particulier (avant, pendant, juste après, parfois quelques années après). Or le contrôle de la corpulence se fait le plus souvent par phases, s'arrête et reprend, et ne me semble intelligible que replacé dans l'histoire de la corpulence du jeune, de son enfance à l'âge adulte.

En raison des restrictions sanitaires qui étaient en place en 2020, ces entretiens ont dû avoir lieu en visioconférence. Ils m'ont paru plus difficiles à mener que les entretiens habituels en face-à-face, en raison de quelques problèmes de connexion, d'une plus grande tendance à se couper la parole. Le travail d'écoute de

l'enquêteur doit se faire plus explicite : prendre soin de manifester son intérêt pour les prises de parole des enquêtés et les rassurer sur le fait que la connexion fonctionnait bien en opinant fréquemment, en souriant, en réagissant silencieusement par des expressions du visage à leurs propos. J'ai en effet remarqué que sans cela, ils s'interrompaient pour s'assurer que je les entendais toujours bien, ou donnaient des réponses plus courtes. Comme d'autres auteurs ayant mené des entretiens sur Skype, j'ai également trouvé des avantages imprévus dans la relation d'enquête à l'utilisation de plateformes de visioconférence (Lo lacono et al. 2016). J'ai eu dans tous les entretiens (sauf la

discussion avec Lina D.) la possibilité de voir l'enquêté par caméra interposée : son aisance ou sa gêne, son environnement durant le confinement, les objets qu'il voulait me montrer... J'ai le sentiment que la certaine distance de la visio-conférence et le fait qu'ils se trouvaient dans un environnement familier a conduit les enquêtés à se confier davantage : plusieurs d'entre eux ont pleuré, m'ont spontanément confié des événements traumatisants et des périodes de dépression ou d'hospitalisation, souvent sans regarder directement la caméra, comme s'ils en oubliaient un peu ma présence.

B. Deuxième série d'entretiens

Après la première série d'entretiens, mon intention initiale était de comparer les expériences de mes enquêtés avec celles de jeunes qui auraient connu une prise en charge médicale spécialisée en raison de leur surcharge pondérale, par exemple au sein d'un Réppop, mais prendre contact avec des familles s'est révélé impossible en raison de contraintes légales en temporelles. Constatant à la même période dans mes lectures que les personnes les plus interrogées dans les publications scientifiques étaient les parents, au

détriment des enfants eux-mêmes mais surtout des professionnels de santé dont la perspective était très peu évoquée, j'ai décidé de réorienter l'enquête vers ces derniers. Après une prise de contact avec le Réppop de la région Lyon, Rhône, Ain, Roannais (Réppop-LyRRA), son équipe de coordination a accepté de transmettre par mail une annonce présentant mon enquête aux professionnels de santé ayant adhéré au réseau.

La deuxième série d'entretiens a ainsi consisté en dix-huit entretiens menés à

l'hiver 2022-2023 avec vingt professionnels de santé membres de réseaux Réppop : dix diététiciennes, sept généralistes, deux pédiatres endocrinologues et une psychologue. Les entretiens se sont déroulés sur leurs lieux de travail, à leur domicile, dans un café, et en dernier recours en visioconférence lorsque leur lieu d'exercice était trop lointain et trop mal desservi par les transports régionaux pour m'y rendre. Leurs lieux d'exercice varient de petites communes rurales à des métropoles, dans cinq départements différents. Les femmes sont encore une fois surreprésentées (17 pour 3 hommes). La majorité proviennent d'un milieu aisé. Leur âge se situe entre 30 et 69 ans, avec une forte concentration autour de la moyenne de 43 ans⁵. Ils ont entre 1 an et 42 ans d'expérience ; en moyenne 14. Quatre

exercent en hôpital et seize en libéral. Les entretiens ont duré en moyenne un peu plus d'une heure ; ils ont intégralement été retranscrits (175 000 mots au total) et codés thématiquement.

Afin de ne pas redoubler symboliquement les rapports de pouvoir d'âge et de classe entre les enquêtés de la première et de la deuxième série d'entretiens, et de conserver l'intérêt mnémotechnique de l'usage de prénoms (Coulmont 2017), je désignerai tous les enquêtés sur le modèle « prénom + initiale de nom de famille », le prénom pseudonymisé reflétant la position sociale, générationnelle et ethnique du véritable prénom de l'enquêté. Pour les soignants, leur profession sera précisée.

C. Analyse de corpus et littérature grise

En complément, deux sources qui ne feront pas l'objet de développement dédié dans ce mémoire m'ont permis de contextualiser les entretiens.

Premièrement, j'ai rejoint depuis trois ans un groupe Facebook privé rassemblant environ 300 membres, où des parents partagent des témoignages, interrogations

et conseils relatifs à l'obésité de leurs enfants. Entre la création du groupe et mai 2023, en écartant les posts non-pertinents (par exemple à visée publicitaire, ne concernant pas directement l'obésité infantile...), j'ai rassemblé un corpus de 143 contributions. Leur analyse a permis d'enrichir mon appréciation des sujets au cœur des préoccupations des parents

⁵ Treize enquêtés ont entre 39 et 45 ans.

d'enfants obèses, les difficultés les plus souvent citées, leur rapport aux professionnels de santé, le vocabulaire utilisé pour désigner la corpulence de leurs enfants ; sans prétendre à une représentativité de ces contributions, leur nombre et la diversité de leurs contributeurs permettent un certain regard d'ensemble.

Deuxièmement, afin d'analyser le discours de santé publique dominant en termes d'alimentation, d'activité physique

et de contrôle de la corpulence, j'ai également rassemblé et consulté des brochures, guides et pages web traitant de l'obésité infantile et de la nutrition, à destination de parents, jeunes et professionnels de santé. Ils émanent des pouvoirs publics et d'organismes reconnues par ceux-ci : Santé Publique France, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et son site dédié mangerbouger.fr, l'Assurance Maladie, l'Association française de Pédiatrie Ambulatoire, l'OMS⁶...

IV. Le choix des mots

Les sciences sociales s'étant consacrées à l'obésité après la médecine, les sociologues se retrouvent « à s'inscrire dans un espace de discours déjà structuré par le raisonnement médicale », orienté par les schèmes de pensée des sciences de la vie (Ferez et Thomas 2014). Certains chercheurs refusent d'utiliser le mot « obésité », expliquant qu'il revient à s'inscrire dans le champ de la médecine et à considérer les personnes obèses comme malades alors que ce statut est loin de faire consensus scientifiquement (Lupton 2018). L'usage du terme peut être violent du fait qu'il soit sorti de la seule sphère médicale

et ait un fort poids stigmatisant. Je me suis retrouvée dans une situation sur certains points semblables à celle décrite par Sarah Mazouz face à l'embarras de devoir utiliser des catégories problématiques (médicales dans mon cas), quand bien même j'ai pris comme elle en entretien la précaution de reprendre les formes d'identification utilisées par mes enquêtés (par exemple « rondeurs »). Selon la sociologue, « la reprise des catégories qui fondent l'altérisation et l'assignation est le propre de tout discours qui vise en fait à déconstruire une position de minoritaire » (Mazouz 2008). Dans le cas des

⁶ La liste des documents se trouve en annexe.

corpulences supérieures à la moyenne, il n'y a pas de terme alternatif à ceux médicaux qui ferait consensus. Si l'usage de catégories comme « gros-se » retournant le stigmate par auto-identification est banal et revendiqué dans les sphères militantes et chez des chercheuses anglophones (Ingraham et Boero 2020), elles peuvent elles aussi être une violence pour une personne au poids supérieur à la norme adhérant aux représentations dominantes, pour laquelle ils peuvent représenter une insulte. Revendiquer le terme « gros » fait également courir le risque d'essentialiser cet état du corps.

Certains préfèrent ne pas mettre de mot sur leur corpulence. D'autres encore choisissent de reprendre les termes médicaux car ils estiment que leur surcharge pondérale est une maladie comme une autre, hors de leur responsabilité individuelle, et doit être traitée et perçue comme telle. S'il est très riche d'explorer le choix de vocabulaire de chacun, sa diversité me conduit donc à user dans ce travail des termes médicaux, certes imparfaits et critiquables, de corpulence⁷, de surcharge pondérale, de surpoids et d'obésité. C'est par ailleurs le choix qui est fait dans tous les textes scientifiques francophones que j'ai eu l'occasion de lire,

bien que le terme de « grosseur » apparaisse ponctuellement (Carof 2019).

Parmi les différentes positions possibles en tant que chercheur travaillant sur l'obésité, ce travail se rapproche le plus des *critical weight studies* : il ne s'agit pas de montrer que les professionnels de santé seraient corrompus, poursuivraient leurs propres intérêts ou mentiraient volontairement à leurs patients comme l'avancent certains travaux (Lupton 2018), mais que, comme n'importe qui, ils participent à des relations de pouvoir et sont porteurs de représentations sociales situées, et que de surcroît de par leur profession, ils contribuent à définir, réguler et surveiller les corps dont ils se font les juges de la normalité. Cependant, je ne m'inscris pas dans le *fat activism*, qui vise à donner une image puissante, saine et positive des « corps gros », entre autres car il me semble difficile de défendre sa thèse selon laquelle l'obésité serait un attribut physique inhérent qui ne serait aucunement lié à l'état de santé d'une personne, puisqu'une partie au moins des différences de corpulence dérive d'inégalités sociales de santé structurelles. Comme les normes diététiques, les normes de corpulence ne sont pas totalement arbitraires, et le travail sociologique « vise

⁷ Plutôt que de « poids », puisque le poids n'a de sens que rapporté à la taille d'une personne.

à distinguer ce qui, dans ces normes, est le produit de l'arbitraire des goûts, des opinions et des croyances et les apparente à des modes vestimentaires, cosmétiques ou intellectuelles, de ce qui est nécessaire, i.e. de ce qui correspond aux exigences et aux sanctions de la réalité biologique et qui permet de prévenir et de guérir des pathologies objectivement définies comme telles par leurs effets nocifs » (Grignon 2015, 8). Minorer ou récuser tout lien entre état de santé et corpulence rend difficile le fait de souligner les inégalités sociales de santé en lien avec la surcharge pondérale, ou la question des dispositions sociales et des organisations du système de soin favorisant ou faisant obstacle à la

possibilité pour les personnes qui le souhaitent de se rapprocher de la corpulence jugée normale dans leur société. Enfin, qu'on adhère ou non aux normes dominantes, celles-ci exercent une influence réelle et quotidienne sur les personnes ne s'y conformant pas, qui ont des ressources inégales pour faire face à la stigmatisation. Toutes ne peuvent pas ou ne souhaitent pas déconstruire les discours médicaux, médiatiques, politiques, etc. sur leur corpulence ; ainsi, étendre un terme comme « gros » à tous mes enquêtés et aux enfants obèses en général me semble susceptible d'exercer une violence symbolique plus grande encore que celle des termes médicaux.

Première partie. Une prise en charge médicale triangulaire et inégale

I. Un dispositif de prise en charge innovant

A. Qu'est-ce qu'un Réppop ?

Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (Réppop) ont été créés en 2002, dans le cadre du premier PNNS. Les formes antérieures de prise en charge médicale, comme les Maisons d'enfants à caractère social, n'avaient pas d'effets durables sur la corpulence des jeunes obèses (Perrin 2014), et la prise en charge ordinaire par les médecins traitants et pédiatres souffre de plusieurs difficultés que les Réppop veulent venir combler, entre autres le manque de formation initiale sur le sujet (Peretti-Watel 2011) et le découragement découlant de la faiblesse des effets de la prise en charge (Kansra et al. 2021). Les Réppop sont désignés par le Plan Obésité (2010-2013) comme des partenaires privilégiés pour établir un diagnostic territorial et structurer la prise en charge et sa coordination. Il s'agit pour la plupart d'associations loi 1901, financées de 70 à



Carte des régions couvertes par un Réppop. Source : site internet de la Coordination Nationale des Réppop.

90% par l'Etat et l'Assurance maladie via le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, attribué pour trois ans et reconductible. Le reste provient, entre autres, des collectivités territoriales. Ils assurent une action de prévention, de dépistage précoce⁸ et de prise en charge. Ce sont des réseaux ville-hôpital structurés autour d'une équipe de coordination qui

⁸ Notamment via la création d'outils de travail pour les professionnels de santé, le partage d'informations sur l'obésité à l'attention des familles sur internet, et des

partenariats avec des infirmières scolaires et PMI. Je me concentrerai sur leur action, majoritaire, de prise en charge, et pas de prévention ou de dépistage.

gère le réseau, recherche des financements, forme et organise les professionnels membres du réseau et oriente les familles.

Le parcours Réppop s'adresse à des enfants de 2 à 18 ans. Chaque enfant est pris en charge par un médecin référent de proximité, et éventuellement d'autres professionnels du réseau selon ses besoins : endocrinologue, diététicienne, psychologue, enseignant en activité physique adaptée (APA), etc. On retrouve là l'organisation classique d'un réseau de soin par compatibilité des engagements : un engagement captant d'un professionnel qui suit le patient à toutes les étapes, et celui plus distant d'autres professionnels concevant leur intervention comme ponctuelle (Bergeron et Castel 2010) – d'autant plus que les consultations diététiques et psychologiques par exemple sont limitées (cinq consultations maximum en général). L'enfant pris en charge peut également participer à des séances d'APA, régulières ou durant les vacances. Je ne traiterai pas de la place dans la prise en charge de l'APA, qui a rarement été évoquée en entretien et qui a déjà donné lieu à des publications spécifiques (Lefebvre et al. 2012 ; Perrin 2014). Malgré la croissance de l'APA, l'expertise médicale

reste le pivot, largement dominant, des Réppop (Merlaud et al. 2012).

Il existe aujourd'hui une douzaine de Réppop, tous en France hexagonale, faisant partie ou non de la Coordination Nationale des Réppop. Nés sous l'impulsion de professionnels de santé, ils sont venus pallier les difficultés des pouvoirs publics et notamment des DRASS pour enrôler des acteurs régionaux, et parviennent à faire valoir leurs positions dans les « arènes de l'action publique sanitaire » (Merlaud et al. 2012). Ces acteurs associatifs ne font pas qu'appliquer les directives nationales des PNNS (Perrin 2014) mais disposent d'une grande influence sur l'organisation des soins ; on peut estimer qu'il s'agit là d'une délégation d'un problème public à des acteurs privés et associatifs, qui endossent une partie de la prise en charge de l'encadrement des conduites (Dubuisson-Quellier 2016b).

Les professionnels de santé avec lesquels se sont déroulés les entretiens appartiennent à des Réppop de la région Auvergne-Rhône-Alpes⁹, en majorité le Réppop-LyRRA, un des trois sites pilotes des Réppop. Il a été fondé en partenariat

⁹ Elle concentre à elle seule cinq Réppop : le Réppop A en Auvergne, le PréO en Ardèche, le Réppop 38 en Isère, le Réppop 73 en Savoie et le Réppop-LyRRA.

avec les Hospices Civiles de Lyon et le Centre Intégré de l'Obésité, à l'origine pour le Grand Lyon, avant de s'étendre. Il reçoit des financements de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Auvergne-Rhône-Alpes. Depuis sa fondation en 2004, environ 5000 enfants en surcharge pondérale ont bénéficié de la prise en charge, conçue pour durer deux ans et gratuite pour les familles. Le réseau rassemble 400 professionnels de santé ayant reçu une formation de deux jours avant de le rejoindre. Les familles sont le plus souvent orientées vers le Réppop-LyRRA par leur médecin traitant. Après une consultation-bilan, en plus des consultations avec le médecin gérant le parcours, les autres professionnels choisis par celui-ci et par la famille et éventuellement des séances d'APA, un « référent parcours de soins » faisant partie de l'équipe de coordination joint régulièrement la famille par téléphone ou

Est-ce que ça marche le RéPPOP ? 16:48 ✓✓

Les résultats sont positifs pour + de 70% des enfants ou adolescents. 16:52 ✓✓

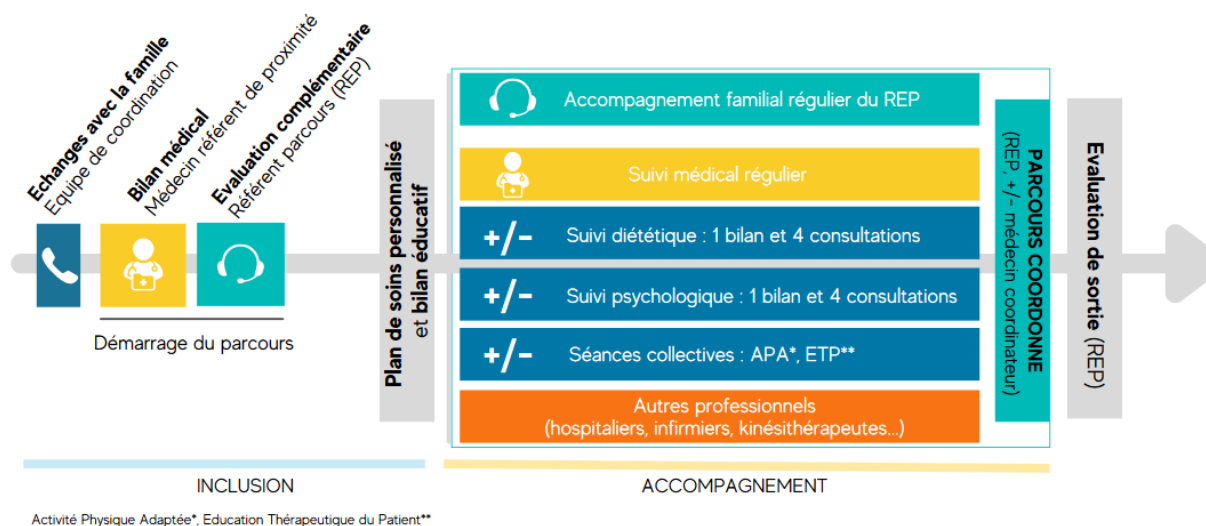
Ok, merci pour les réponses. Comment je peux m'inscrire ? 16:55 ✓✓

Le plus simple, c'est d'appeler le RéPPOP, toi ou tes proches. Les assistantes vont pouvoir vous expliquer tout cela. 16:56 ✓✓

Alors n'hésitez pas ! 😊 16:56 ✓✓

Capture d'écran de la présentation, sous forme de conversation fictive, du parcours dans l'espace « jeunes » du site internet du Réppop-LyRRA.

visioconférence pour faire un point sur le suivi. Les effets de la prise en charge du Réppop-LyRRA ont été évalués à court et moyen termes comme plutôt positifs, avec, trois ans après le suivi, une diminution de l'IMC pour deux tiers des patients et une stabilisation pour un quart des patients (Janier 2012).



Activité Physique Adaptée*, Education Thérapeutique du Patient**

- **Médecin référent de proximité**
Référént RéPPOP de la famille, fil rouge du parcours, il assure un suivi médical régulier pour ajuster les soins en s'appuyant sur le REP et les autres professionnels impliqués dans le parcours.
- **Autres professionnels de proximité**
D'autres professionnels peuvent être impliqués en fonction des besoins de la famille (diététicien, psychologue, enseignant APA...), en lien avec les autres professionnels du parcours.
- **Référént Parcours de Soins (REP)**
Membre de l'équipe de coordination du RéPPOP, à l'écoute des familles qu'il soutient régulièrement par téléphone, il coordonne également le suivi de l'enfant avec tous les professionnels impliqués.
- **Médecin coordinateur RéPPOP**
Membre de l'équipe de coordination du RéPPOP, il apporte un appui et une expertise en concertation avec les professionnels impliqués. Il fait le lien avec le Centre Intégré de l'Obésité et les acteurs de la filière

Schéma du Réppop-LyRRA résumant le parcours de prise en charge et les acteurs impliqués.

B. Des soignants adoptant et diffusant des pratiques de soin à la pointe

Les Réppop sont présentés comme des « organisations innovantes » (Perrin 2014) qui permettent la formation continue, le « décloisonnement » et la « complémentarité » des professionnels¹⁰. Leurs principes de prise en charge suivent étroitement les recommandations médicales de la Haute Autorité de Santé (HAS), récemment publiées dans un guide de « bonnes pratiques »¹¹ dans le cadre de

la stratégie de transformation du système de santé *Ma santé 2022* et de la feuille de route interministérielle sur l'obésité (2019-2022). Les professionnels membres du Réppop ont tous été formés à celles-ci ; ils sont plus au fait que le praticien moyen des pratiques légitimes et des dernières avancées de la recherche, comme le repérage de troubles neurodéveloppementaux sous-jacents à

¹⁰ Selon les termes d'un document de la Haute Autorité de Santé intitulé « Les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP) », datant probablement de 2011.

¹¹ *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e). Recommander les bonnes pratiques*, HAS, validé par le Collège le 3 février 2022, 151 p. Dans cette sous-partie, les références aux « bonnes pratiques » sont issues de ce document.

l'obésité. En entretien, ils valorisent fortement la formation continue et la veille scientifique, présentées comme une évidence voire une obligation professionnelle. Bien loin des constats de Werner Cahnman¹² selon lesquels les médecins se résigneraient à considérer l'obésité comme incurable (Cahnman 1968) et du sentiment d'incompétence concernant la prise en charge de l'obésité infantile encore majoritaire parmi les praticiens européens (Mazur et al. 2013), les soignants du Réppop ont donc globalement confiance dans leur capacité à accompagner ces enfants. Cette assurance se renforce avec l'expérience, faisant fréquemment d'eux des références pour leurs collègues sur la question.

« Au cabinet, mes collègues, elles m'envoient les problématiques alimentaires. Les médecins sont pas du tout assez formés. Il y a encore des médecins qui ne remplissent pas la courbe d'IMC dans les carnets de santé ! Il y a le module nutrition, il est nul le module nutrition de l'internat... Bon, peut-être qu'on a progressé depuis hein, mais ce que moi j'ai appris à l'école, c'est sur la dénutrition ! » - Gaëlle N., généraliste (formée il y a 10 ans)

La HAS recommande une prise en charge personnalisée, adaptée aux conditions de vie des familles, la recherche ayant souligné l'insuffisance d'injonctions généralistes s'adressant à un large public,

aussi bien dans les campagnes de prévention (Peretti-Watel 2017) qu'en cabinet, où des médecins rapportent l'impression d'énoncer des conseils vagues et des banalités (Bloy et al. 2016). La préoccupation d'une prise en charge personnalisée est au cœur de tous les entretiens avec les soignants.

« Quand on n'est pas formé, on va pas forcément repérer les enfants qui sont en souffrance, les enfants qui ont des troubles de l'alimentation, et donc ça peut amener à donner des conseils un peu... Comment dire ? Pas personnalisés. Des conseils qui sont pas forcément personnalisés, adaptés au contexte, adaptés à l'enfant, adaptés à sa famille. » - Laurie G., diététicienne

La HAS invite à écouter les préoccupations des familles et à « accompagner le rapport au corps, le retentissement psychologique » de l'obésité infantile. Les professionnels du Réppop se donnent ainsi pour missions non seulement la prise en charge des conséquences de santé de l'obésité, la recherche de pathologies sous-jacentes ou la stabilisation de la corpulence, mais tout un travail avec l'enfant et les parents pour réduire leur stress, entendre et résoudre leurs préoccupations.

Au-delà de la seule formation continue des professionnels, un réseau comme le Réppop permet aux soignants de se sentir

¹² Citation complète en couverture du mémoire.

moins isolés et plus efficaces du fait de la pluridisciplinarité, de la division du travail entre professionnels et du suivi motivationnel assuré par l'équipe de coordination. Un Réppop récemment créé est ainsi présenté comme un espoir par les soignants du territoire. Au-delà des attributs individuels des médecins et des données scientifiques sur un traitement, être fortement intégré à un réseau de soin est un facteur essentiel de l'adoption de l'innovation médicale, qui se propage comme par « contagion sociale » (Coleman et al. 1966).

« **Pour l'obésité, toute seule, on peut pas faire grand chose** hein, ça, on le voit très vite... Moi, je veux bien suivre un petit peu, mais ils disent pas à la psychologue la même chose qu'à moi, et **moi j'ai pas tous les ressorts**, j'ai pas tout ce qu'il faut pour rebondir sur certaines choses quoi. Donc **c'est surtout cette prise en charge pluridisciplinaire**, et je me suis rendu compte aussi que j'avais beaucoup de perdus de vue, alors qu'en fait le Réppop **y a un rappel téléphonique, y a une stimulation en plus**, qui permet de justement **entretenir la motivation**. C'est important aussi, et nous les pédiatres on a **pas trop le temps pour ça**. »
- Marine A., pédiatre endocrinologue

« [Avant le Réppop] on avait moins de légitimité auprès des parents parce qu'on avait entre

guillemets **pas grand-chose à leur offrir d'autre que nos conseils**. » - Stéphanie F., généraliste

Les professionnels du Réppop se conforment à la normativité médicale, mais contribuent également à l'énoncer. Deux coordinatrices du Réppop-LyRRA faisaient partie du groupe de travail ayant rédigé le récent guide de bonnes pratiques de la HAS ; plusieurs enquêtés ont organisé des projets relatifs à l'obésité infantile en réponse à des appels d'ARS ou dans le cadre d'un projet de mission de santé publique avec leur Maison de santé ; d'autres encore incitent leurs collègues et internes à s'intéresser à l'obésité infantile, à réaliser des thèses sur le sujet, à rejoindre le Réppop. On peut ainsi considérer que des soignants du Réppop endossent les rôles de médecins « promoteurs » moteurs de l'action publique de santé locale (Monneraud 2011) et d'entrepreneurs de changement diffusant et mettant en application pratique les dernières connaissances (Bergeron et Castel 2018, 427).

C. Les coûts de la prise en charge Réppop

Si on met de côté la question de ne pas se sentir correctement formé à la prise en charge de l'obésité infantile, les difficultés des soignants relèvent fréquemment de contraintes économiques et temporelles :

quasiment la moitié des pédiatres d'un échantillon représentatif ont mis en avant le tarif conventionnel comme un obstacle à la prise en charge de l'obésité, et un tiers le fait que parler de la corpulence rallonge la

durée de consultation (Franc et al. 2009). Le coût temporel et économique de la prise en charge apparaît également comme la principale difficulté des généralistes dans les travaux de médecins consacrés à la prise en charge de l'obésité infantile (Ducreux 2014 ; Fayemendy et al. 2011).

En finançant partiellement les consultations, une des missions des Réppop est de diminuer le coût de la prise en charge, aussi bien pour les professionnels que pour les familles, d'autant plus que la majorité des soignants sont conscients du fait que l'obésité infantile touche le plus les familles qui ont le moins de capital économique. Au Réppop-LyRRA, chaque enfant peut bénéficier de consultations diététiques et psychologiques gratuites pour les familles, et l'importance de cette gratuité se vérifie dans le fait qu'il est très rare que les familles reviennent pour une consultation payante par la suite. L'assimilation du rôle du Réppop par certains à une prestation sociale est visible dans les entretiens avec des généralistes signalant n'inclure dans le parcours Réppop que leurs patients en difficulté financière.

*« J'ai peut-être 2-3 enfants que je pourrais inclure dans le Réppop, mais **c'est des enfants des familles qui ont les moyens**, donc tout ce qui va être diet', psycho, **ils peuvent les payer**, activité sportive, ils peuvent les payer,*

*donc **je sature pas le Réppop de patients qui, finalement, ont pas besoin de ces aides-là.** » - Sébastien D., généraliste*

La capacité du Réppop à réduire les inégalités sociales de santé est cependant perçue comme limitée, notamment en raison d'un nombre trop faible de consultations. Concernant les professionnels de santé, la prise en charge financière est présentée comme encore plus négligeable. La légère valorisation financière d'une consultation Réppop en médecine générale est compensée voire annulée par l'important investissement temporel que requiert une consultation relative à la corpulence, les tâches administratives associées au fonctionnement en réseau¹³ et l'investissement personnel, voire émotionnel, mis dans ces consultations.

*« Je mets de côté la question financière [rire], mais clairement **on n'est pas payés pour le travail qu'on fait.** Passons. Moi, je considère que pour certains aspects, j'ai envie de m'investir et typiquement aider les jeunes. » - Nicole Y., psychologue*

Ainsi, dans un paysage de soin où les médecins « ordinaires » ont des difficultés à prendre en charge la corpulence, « tâche sans fin, ingrate et peu rémunératrice » (Carof 2017b), accepter les patients Réppop apparaît comme un travail partiellement bénévole, assuré par

¹³ Réaliser un long questionnaire avec la famille lors de la première consultation, remplir le dossier partagé, etc.

conviction et sentiment du devoir, voire comme une forme de sacerdoce (Monneraud 2011). Revient souvent en entretien avec les soignants l'idée que si c'était la rentabilité horaire qui était recherchée, ils ne feraient tout simplement pas de prise en charge de l'obésité. Ainsi, quand j'évoque le fait que certains médecins m'ont dit réaliser une

consultation-bilan un peu plus longue qu'une consultation ordinaire grâce au financement du Réppop, Gaëlle N., généraliste, me répond en riant :

*« Ben, il y a 12€ d'écart ! Donc je pense que c'est une gentille façon à eux de donner une **excuse financière** à leur investissement qui est chouette et qui est **tout à leur honneur** en réalité. »*

II. L'enfant-patient dans une double-asymétrie

Dans le cas de patients enfants, la relation duale ordinaire patient-soignant devient triangulaire (enfant-parent-soignant) et doublement asymétrique pour l'enfant : alors qu'il est l'attention des soins, il est probablement l'acteur qui y a le moins

de pouvoir. À la fois car il n'a pas de compétence professionnelle médicale et car il n'est pas un adulte, l'enfant malade est ainsi doublement « acteur faible » (Mougel 2022).

A. Un médecin fortement légitime

Si la prise en charge du Réppop peut potentiellement faire intervenir un grand nombre de professionnels, le seul que les familles voient physiquement, régulièrement et forcément dans le suivi est le médecin référent du parcours de l'enfant. Le fait que la famille aille jusqu'au bout du parcours de deux ans est statistiquement associé à la « motivation » de ce soignant (Mattazzi 2019).

L'asymétrie de la relation entre patients et médecins due à l'« avantage stratégique » de ces derniers – être légalement en droit de « manipuler physiquement et moralement le malade au nom d'un savoir que le malade ignore » (Boltanski 1971) – a été minorée au fil du temps ; la sociologie de la santé a de plus en plus prêté attention aux marges de manœuvre négociées par les patients et leurs proches (Strauss 1992), en particulier

concernant les maladies chroniques (Baszanger 1986) dont fait partie l'obésité. Les droits des patients se sont étoffés, comme en 2002 avec la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui a obligé les soignants à plus de transparence dans l'information donnée au patient. Mais malgré ces évolutions, l'autorité médicale reste reconnue et puissante (Bergeron et Castel 2018). Dans mon enquête, la distance sociale entre patients et médecins est importante : là où les enfants obèses proviennent le plus souvent des classes populaires et ont plus souvent une nationalité ou une ascendance étrangère que la population générale, les médecins du Réppop bénéficient de ressources professionnelles fortement légitimes mais aussi d'une position dominante en tant que personnes fortement diplômées, de classes supérieures, et pour la grande majorité nées en France de parents français, leur conférant une « supériorité symbolique » (Serre 1998). L'exercice de leur autorité est également facilité par le fait qu'entrer dans un parcours Réppop est une forme d'engagement de la part des familles, de remise de soi au moins partielle à l'institution, plus engageante que le simple

fait d'aller voir son médecin généraliste par exemple. Ainsi, si la médecine de cabinet est au moins partiellement « sous la dépendance des clients », un généraliste devant ménager ses patients pour espérer les revoir (Freidson 1984 ; Castel 2005), le patient du Réppop est davantage captif.

« C'est-à-dire que c'est des patients qui ont été adressés par leur médecin ou qui ont eux-mêmes pris - décidé - avoir fait cette démarche au changement et quand ils viennent et qu'ils s'inscrivent au Réppop, ils ont envie de changer les choses. Ils savent que c'est un engagement pour 2 ans qui va leur prendre un peu d'énergie pour que leur enfant arrête de grossir, hein. » - Marine A., pédiatre endocrinologue

Les soignants du Réppop, puisqu'ils ont tous choisi de rejoindre le réseau, se démarquent aussi d'autres professionnels par un engagement, un volontarisme qui leur donne d'autant plus de légitimité en tant que prescripteur aux yeux des familles. Le Réppop ne représente de plus pour la plupart des enquêtés qu'une petite partie de leur activité de formation continue¹⁴ et de coopération pluridisciplinaire¹⁵ relative à l'obésité infantile, un investissement les distinguant d'autant plus des autres médecins.

« [L'obésité n'est pas quelque chose qui intéresse les médecins en général] parce que c'est long, c'est chiant, on a pas de solution très efficace. Globalement hein, toutes les pathologies

¹⁴ Certains ont suivi notamment des diplômes universitaires en psycho-nutrition, en TCA, en médecine de l'obésité, et/ou des formations du Centre Intégré de l'Obésité, du G.R.O.S., en éducation thérapeutique, etc.

¹⁵ Par exemple dans une communauté locale de professionnels de santé, dans l'association Autrement ou encore le parcours Obépédia.

chroniques sans traitement médicamenteux, il y a pas beaucoup de médecins motivés pour les suivre hein. C'est assez lourd, on est confronté à l'échec, on est confronté aux patients qui viennent pas à leurs rendez-vous, ou perdus de vue, donc c'est pas facile. Un médecin il aime bien quand ça marche en général, donc forcément là ça marche pas toujours, même pas souvent, donc y a plein de médecins qui veulent pas perdre leur temps. » - Sébastien D., généraliste

Le réseau, l'expérience et la formation spécifique des médecins du Réppop les rendent globalement confiants dans leur pratique, et donc plus susceptibles de convaincre des familles du bien-fondé et de l'importance de la prise en charge. Ils mobilisent pour cela un large répertoire

argumentatif, qu'ils adaptent à chaque famille : informer des effets potentiels de l'obésité sur la santé de l'enfant, fournir des explications scientifiques à partir de supports du Réppop adaptés aux enfants¹⁶, prendre comme point de départ des ressentis physiques désagréables de l'enfant, utiliser des métaphores...

« J'utilise beaucoup les courbes. J'essaie de... Je fais tout pour ne pas vexer [le patient] quoi, pas le choquer. J'utilise beaucoup d'images, des périphrases. Enfin, j'utilise une technique d'approche concentrique, quoi. Arriver au fait que, ben il y a quand même un problème et que ce problème, il peut le prendre en charge, il peut le résoudre. On va l'aider. Et on va y arriver. » - Pierre U., généraliste

B. La domination des adultes, gardiens de la santé de la jeune génération

En tant qu'enfants, les jeunes obèses sont dépendants des décisions que prennent les adultes concernant leur santé et leur corpulence. Les enfants malades sont décrits dans la littérature comme des « consommateurs silencieux » de soin (Carter 1998) : on leur demande peu leur avis, leur contribution à la conversation les concernant étant évaluée à entre 2 et 14% du temps de parole de la consultation (Tates et Meeuwesen 2001) et d'autant plus faible que celle de leurs parents est forte

(Wassmer et al. 2004). On dispose d'ailleurs de peu d'informations sur combien et comment les enfants désireraient participer aux décisions de santé les concernant (Coyne 2008). Dans le cas de l'obésité infantile, la motivation des parents est un prérequis à la prise en charge, sans laquelle l'enfant se sent démuné. Il ne peut engager une prise en charge médicale sans eux, et celle-ci a très peu de chances de fonctionner si les parents ne s'y investissent pas. Le pouvoir

¹⁶ Courbes de corpulence dessinées comme une route sur laquelle doit rester la voiture symbolisant la corpulence de l'enfant, graphiques explicatifs, « poupée » flexible

servant à démontrer le fait que l'enfant s'affinera en grandissant s'il arrive à stabiliser son poids...

décisionnel limité des enfants peut les conduire à des pratiques alternatives dangereuses : ne pouvant modifier les aliments achetés par leurs parents pour des produits moins caloriques ou plus « sains », les adolescentes réalisant des régimes agissent sur les quantités, suppriment des repas ou se font vomir (Guilhem et Sellami 2009).

*« J'ai eu cette impression d'être un peu **sans ressources**, c'est-à-dire d'être dans une logique de "il y a ce truc qui va pas avec moi, qui est comme ça, mais comment est-ce que je le change ? Je peux pas. **Je sais pas comment faire**". Résultat, ça fait une situation de vrai mal-être. » - Théo V.*

*« Les familles chez qui on voit une progression, c'est quand même des familles **où c'est pas l'enfant tout seul** qui a fait les changements ! C'est des familles **où les parents, ils ont pris les choses à bras le corps**. » – Sophie R., diététicienne*

A l'inverse, des parents peuvent imposer une prise en charge et diverses modifications de son mode de vie à un enfant qui ne le souhaite pas. Mais puisque l'objectif est alors la santé de l'enfant, la « dimension de pouvoir est occultée » (Lutz 2019). La santé des enfants est une préoccupation centrale pour les Etats depuis le XIX^e siècle (Diasio, Sirota et Hamelin-Brabant 2019), promesse médicale – des enfants en bonne santé – mais aussi économique – des adultes en devenir sains et productifs (Jarty et Fournier 2019). Des chercheurs s'inscrivant dans la lignée foucauldienne

estiment que les politiques publiques de l'obésité infantile légitiment un renforcement de la surveillance des jeunes citoyens (Lutz 2018).

La sacralisation de l'enfance fait peser une responsabilité accrue sur les parents, chargés de « nourrir le futur » (Cairns et al. 2013). Dans un contexte où l'obésité infantile a été cadrée comme une urgence voire une « épidémie », les parents qui ne se conforment pas aux injonctions courent le risque d'être étiquetés comme négligents (Burrows 2008). On dépasse donc la question d'un pouvoir exercé par des parents sur leurs enfants, pour une responsabilité plus générale des adultes sur la jeune génération, au point de légitimer d'intervenir sur les pratiques familiales qui apparaissent « déviantes ». Y compris chez des personnes fortement critiques des normes de corpulence dominantes, le cadrage de l'obésité infantile comme un problème médical préoccupant a pu s'imposer avec un tout autre poids que l'obésité des adultes :

*« Cette maman m'avait ramené sa gamine qui avait quand même pris, si je me souviens bien, entre 6 et 9 mois, elle avait pris 3 kilos, ce qui était quand même pour moi énorme. Et quand j'avais fait le point avec elle, clairement, elle m'avait dit qu'elle l'avait suralimentée etc. Et en fait, **cette maman, elle fait partie d'un groupe de femmes obèses qui se revendiquent**, qui font une espèce de sport, je sais plus, c'est un truc très particulier et en gros c'était **une maman qui venait presque avec son drapeau "obèse et fière de l'être"** et*

"je veux que ma fille soit pareille" quoi. Quand je lui ai expliqué, alors j'ai essayé d'y aller en prenant des pincettes, que non ça allait pas, ça allait pas être bien à 9 mois que sa fille soit obèse et **finalement elle a compris**, et en lui

expliquant que voilà... Alors elle, **pour elle, elle l'a pas entendu mais pour sa fille je pense qu'elle l'a entendu.** » - Stéphanie F., généraliste

C. Une attention rare accordée à l'enfant

La majorité des travaux font le constat d'enfants « silencieux » dans le système de santé, avec lesquels les professionnels parlent, au mieux, pour les distraire et évaluer leur état, mais qui occupent toujours une place secondaire dans l'interaction (Mougel 2021), alors même que la participation active de l'enfant est fortement recommandée (Fucci 2020). La prise en charge du Réppop se distingue par une grande attention portée à l'enfant, ses émotions, ses opinions et sa parole en général. Les soignants insistent sur l'importance de l'écoute et de la bienveillance, en phase avec le déplacement actuel du gouvernement des conduites vers plus d'horizontalité et d'autonomie des patients qui déstabilise le type d'autorité traditionnel des médecins (Bloy 2015). Les professionnels du Réppop considèrent en majorité les enfants comme de vrais interlocuteurs, dès petits, et essaient de ménager des espaces où leur parole ne sera pas mise de côté ou autocensurée à cause de leurs parents.

« Il y a des enfants qui nous confient des choses bien différentes, voire qui se lâchent totalement des fois [en l'absence de leurs parents]. Ils

relatent ce qui se passe à la maison ou entre leurs parents et ce qui peut être compliqué à exprimer devant leurs parents, quoi. » - Stéphanie F., généraliste

Mettre l'enfant et ses besoins émotionnels au centre de la consultation apparaît vital à la plupart des enquêtés, au point qu'ils peuvent intervenir lorsqu'ils jugent le registre relationnel parent-enfant inadapté, s'opposant notamment à un fonctionnement rigide par la menace ou la privation (Mougel-Cojocar 2007a).

« Cette jeune fille s'est complètement effacée, la mère a pris beaucoup de place. Et elle m'a dit "je suis pas d'accord avec vous qu'elle laisse dans l'assiette si elle a plus faim, c'est n'importe quoi, c'est de la comédie, des fois elle laisse ça [montre avec les deux mains une toute petite quantité de nourriture]". Je lui dis "bah moi en ce qui me concerne, sur le travail qu'on a vu ensemble, même ça pour moi ça a son importance. **Je lui ai expliqué qu'elle était dictante sur ce qu'elle demandait à sa fille.** Donc le parent a quand même tendance à se dire "je sais ce que mon enfant doit manger, un point c'est tout" quoi. Et là, **ça efface la place de l'enfant** et ça efface le fait qu'il est capable, lui, de détecter ce qu'il a besoin de manger aussi ou pas. » - Céline M., diététicienne

L'importance de l'enfant dans la consultation dérive aussi en partie de l'attente de certains soignants que celui-ci joue un rôle actif dans la modification de ses

habitudes. Encourager son autonomie, c'est alors aussi attendre de lui qu'il se « responsabilise » et intériorise une maîtrise de soi. C'est une injonction de plus en plus fréquemment faite aux enfants (Diasio 2010), et encore davantage aux enfants malades, « travailleurs » qui passent d'autant plus inaperçus qu'ils ont initialement été pensés comme « inactifs » (Mougel-Cojocar 2007b). Dans le cas des enfants obèses, cela peut passer par les aliments qu'ils choisissent au self, au restaurant ou chez leurs grands-parents, par leurs activités extrascolaires, par

l'intériorisation d'un auto-contrôle de soi (Diasio, Vinel et Bichet 2019) comme une attention à sa satiété. Cet engagement propre à l'enfant est parfois matérialisé par une fiche d'objectifs rédigée en fin de consultation, qu'il signe comme un contrat et accroche où il le souhaite chez lui.

*« Donc ça c'est intéressant, notamment avec les enfants, avec des systèmes de schéma, de leur apprendre, "regarde ton ventre il est comme ça, tu vois quand tu commences à manger, regarde, on remplit l'estomac à un moment donné, **tu vas essayer de t'arrêter avant qu'il soit complètement rempli**". » - Céline M., diététicienne*

III. Les enfants pris en charge et les autres

A. Le profil des patients du Réppop

Il est difficile de comparer les patients du Réppop à la population générale des enfants obèses, car les données quantitatives manquent sur ces derniers. Je n'ai trouvé de données précises et datant de moins de 15 ans sur l'obésité infantile en France que dans des enquêtes nationales de santé scolaire de la DREES, la plus récente remontant à 2017, dans l'enquête ESTEBAN, une étude de Santé publique France dont les derniers résultats datent de

2014, et dans les quelques éléments qui ont été communiqué de l'enquête Obépi-Roche de 2020, réalisée par le laboratoire Roche en partenariat avec Odoxa, la Ligue nationale contre l'obésité et la chaire Santé de Sciences Po. Cette dernière était initialement menée tous les trois ans depuis 1997 mais n'a pas été reconduite entre 2012 et 2020¹⁷, et l'enquête de 2020 est la seule à offrir des éléments sur les enfants obèses et pas seulement les adultes. Ces

¹⁷ C'est la Ligue nationale contre l'obésité, une association, qui a demandé la relance de l'enquête dès 2014.

différentes sources nous apprennent que la prévalence de la surcharge pondérale a augmenté dans les années 2010, pour atteindre 18% des jeunes en classe de 3^{ème} en surcharge pondérale ; c'est même ¼ concernant les enfants d'ouvriers, contre 12% des enfants de cadres¹⁸. Sur la tranche d'âge plus large des 6-17 ans, une proportion comparable de 17% des enfants sont en surcharge pondérale¹⁹. Les plus jeunes sont bien plus fréquemment obèses : 18% des 2-7 ans contre 6% des 8-17 ans. La surcharge pondérale est plus fréquente lorsque les parents sont aussi concernés, et lorsqu'ils sont de classes populaires : ¾ des enfants en surcharge pondérale ont grandi dans des familles « populaires et inactives »²⁰.

| | Mère | Père |
|------------------------------|------|------|
| Agriculteurs | 0% | 1% |
| Artisans, commerçants | 4% | 15% |
| Ouvriers | 17% | 17% |
| Employés | 38% | 38% |
| PI | 6% | 6% |
| Cadres | 10% | 16% |
| Retraités | 0% | 0% |
| Inactifs | 8% | 8% |

CSP des parents d'enfants pris en charge par le Réppop-LyRRA entre 2005 et 2014, n=2780 ; chiffres de Mattazzi 2019

Sur un échantillon de presque 3000 patients du Réppop-LyRRA entre 2005 et

2014, ceux-ci apparaissent en moyenne plus âgés que la population générale des enfants obèses : plus de la moitié des patients Réppop ont entre 10 et 15 ans (Mattazzi 2019). Les milieux populaires sont surreprésentés par rapport à leur part dans la population française générale, mais nous ne disposons pas de données assez précises sur la PCS des parents d'enfants obèses en France pour pouvoir comparer ces deux populations. Si on se hasarde à comparer la proportion d'enfants issus de familles ouvrières, employées et inactives (63%) à la donnée d'Obépi-Roche (75%), il semblerait que les enfants pris en charge par le Réppop soient légèrement moins défavorisés que l'ensemble des enfants français en surcharge pondérale, ce qui serait congruent avec les disparités sociales de recours aux médecins, en particulier concernant les spécialistes et les soins préventifs (Arborio et Lechien 2019b). Dans un autre dispositif de lutte contre l'obésité, le PRECCOSS, une prise en charge était proposée suite à un dépistage par la médecine scolaire : les familles ayant accepté se différenciaient fortement de celles ayant refusé par des habitudes de vie déjà « actives », proches des principes

¹⁸ Nathalie Guignon, « En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale », *Études et résultats*, n° 1122, paru le 28/08/2019, issu d'une enquête de la DREES.

¹⁹ Enquête ESTEBAN de 2014-2015, Santé publique France.

²⁰ *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, Obépi-Roche, 2020. L'appellation « populaires et inactives » somme les familles ouvrières, employées, chômeurs, au foyer, sans qu'il ne soit précisé dans les communications sur les résultats de l'enquête s'il s'agit du père, de la mère, de l'un des deux ou des deux.

promues par le dispositif (Grassler et al. 2019a).

Trois quarts des enfants pris en charge par le Réppop sont obèses, 23% en surpoids et 2% de poids normal (Mattazzi 2019). L'inclusion de ces derniers répond à une logique préventive, par exemple en cas de rebond d'adiposité précoce, qui est fortement corrélé à une obésité future, mais ces cas ainsi que les enfants en léger surpoids tendent à disparaître des parcours Réppop, d'après les enquêtés, au profit d'enfants à la corpulence plus élevée. L'activité du Réppop deviendrait donc de plus en plus curative au détriment de la prévention.

« A l'époque, on pouvait inclure les rebonds d'adiposité précoces, donc des enfants qui ont un IMC normal et une courbe pas normale, une forme de courbe pas normale, et ça marchait super bien en fait. Globalement là, ces réseaux de prévention, de prise en charge de l'obésité pédiatrique, on fait plus de prévention, on fait que de la prise en charge donc c'est déjà un peu après la guerre, hein, c'est déjà une maladie chronique, c'est déjà super lourd, c'est déjà difficile et avec plutôt un espoir de stabilisation, plutôt de guérison si on parle de maladie. » - Sébastien D., généraliste

B. Les enfants écartés du dispositif

Cinq raisons peuvent expliquer qu'un enfant en surcharge pondérale ne bénéficie pas d'une prise en charge du Réppop.

Le profil de leur patientèle Réppop est perçu de façon très diversifiée selon les professionnels, plus défavorisé lorsqu'ils exercent en hôpital (en raison de l'absence d'avance de frais), et dépendant évidemment du profil socioéconomique des habitants de leur lieu d'exercice, avec des spécificités régionales, des différences entre implantation rurale et urbaine, et entre quartiers plus ou moins favorisés à l'échelle d'une même ville. Malgré ces différences, deux discours dominants coexistent : le fait que l'obésité infantile peut toucher n'importe quelle famille, y compris très favorisée, et la conscience du fait que c'est une maladie qui concerne tout de même davantage les classes populaires (généralement désignées « défavorisés » ou « précaires »).

« C'est tout venant, et ça dépend pas que du milieu. Il y a des gens qui sont très instruits, les parents connaissent très bien tous les grands principes, n'empêche l'enfant est en surpoids. » - Cécile S., généraliste

« Souvent, les petits patients Réppop, plutôt défavorisés, plutôt quand même un peu en difficulté. Même souvent des parents séparés, donc dans des contextes... Les enfants sont pas toujours très bien. » - Céline M., diététicienne

I. Exclusion par le haut. Lorsque la surcharge pondérale d'un enfant paraît facile à traiter, c'est-à-dire d'autant plus que celle-ci est faible, que l'enfant est jeune et

que les parents sont investis dans la question, il est moins probable qu'un médecin l'inclut dans le Réppop, estimant qu'il n'en a pas vraiment le besoin. On retrouve aussi dans cette catégorie des enfants de milieux aisés dont les parents sont jugés comme ayant les moyens financiers et la familiarité avec le monde médical suffisants pour financer et organiser eux-mêmes un suivi, par exemple diététique, de l'enfant.

*« Alors, **les cas faciles**, c'est l'enfant plus petit déjà, avec des parents qui sont pas trop précaires et pas obèses. Et qui en fait s'en était pas rendu compte et qui découvrent tout ça là quand nous, on fait les courbes. Et en général, ils sont très réactifs, la solution arrive très vite, la réponse arrive très vite et donc en fait c'est très gratifiant pour, du coup, c'est très motivant. Mais **ceux-là, nous, en fait, on les intègre même plus au Réppop.** » - Gaëlle N., généraliste*

2. Exclusion par le bas. Le suivi Réppop n'est pas possible car la famille le refuse ouvertement ou ne revient plus jamais voir le soignant après qu'il l'a proposé, et aucune autre prise en charge de la surcharge pondérale n'est mise en place. Selon les professionnels, ce cas concerne des familles qui ne se sentent pas suffisamment concernées par la surcharge pondérale pour s'engager dans une prise en charge de long terme perçue comme contraignante ou stigmatisante, parfois car

elles sont très précaires et ont d'autres « problèmes plus urgents » à régler avant de pouvoir s'en préoccuper.

*« Bon, on engage quelque chose, moi ça m'est arrivé souvent, on va engager quelque chose et puis **je revois plus les enfants et les parents.** » - Pierre U., généraliste*

3. Exclusion par le côté. Lorsqu'un médecin fait partie du Réppop, il a la possibilité d'accepter de prendre en charge des enfants que lui envoie le réseau, ou de n'être en charge que des enfants de sa patientèle ordinaire qu'il décide d'inclure dans le Réppop. Certains généralistes, les plus critiques quant à la charge administrative qu'implique le réseau, peuvent décider de prendre en charge l'obésité de certains de leurs patients de la même façon qu'ils l'ont fait ou le font avec d'autres patients au sein du Réppop, mais sans les y intégrer²¹.

4. Renvoi à d'autres dispositifs. Le Réppop constitue une prise en charge intermédiaire, perçue comme plus complète et efficace que de simples visites régulières chez un généraliste ou un dispositif local incitant à la pratique sportive, mais moins que le parcours Obépédia ou les hôpitaux de jour. Les enfants dont l'obésité est la plus importante, complexe et/ou rencontrant

²¹ L'enfant ne bénéficie alors donc pas des consultations gratuites en diététique, psychologie, des séances d'APA, etc.

des difficultés « psychosociales » plus larges peuvent ainsi être dirigés vers des dispositifs différents.

« On est amené des fois à les orienter dans le cadre du programme Obépédia, en se disant "bah cette famille, oui Obépédia, ça va être intéressant, ils répondent bien aux critères, etc.". Des fois, on oriente **tout simplement au Réppop**, des fois on peut donner les coordonnées de la Maisonnée, des fois ça peut être effectivement un séjour en SSR qui peut être proposé [...]. Et puis des fois bah c'est **malheureusement qu'un suivi endocrinologique**, avec le médecin endocrinologue tous 6 mois... le médecin traitant... » - Sophie R., diététicienne (en hôpital)

5. Auto-exclusion : les perdus de vue.

Ces familles acceptent de s'engager dans le dispositif mais arrêtent de se rendre aux

rendez-vous. D'après les chiffres de la première décennie d'existence du Réppop-LyRRA, congruents avec ceux d'autres Réppop, 2/3 des enfants ne bénéficient pas d'un parcours complet ; il dure alors en moyenne 7 mois au lieu de 24. Interrompre la prise en charge est plus fréquent dans les familles de milieux défavorisés, « double peine » puisque ce sont aussi celles les plus touchées par l'obésité infantile (Mattazzi 2019). Ainsi, les enfants dont la mère est cadre représentent 8% des patients suivis par le Réppop-LyRRA... mais 14% de ceux y ayant bénéficié d'un parcours complet de deux ans.

C. La majorité des enfants obèses ne bénéficient pas d'un tel dispositif

Pour finir cette présentation succincte de la prise en charge du Réppop, il est important de rappeler que la majorité des enfants obèses français ne bénéficient pas de ce genre de dispositifs, voire ne sont pas pris en charge du tout par un professionnel de santé.

Les Réppop ne couvrent d'abord pas tout le territoire, et même là où ils sont théoriquement implantés, une trop grande distance entre le domicile de la famille et les lieux d'exercice des professionnels peut être un frein à la prise en charge. De plus, tous les généralistes ne connaissent pas

forcément le Réppop ou n'ont pas l'habitude d'orienter leurs patients vers ce dispositif. Cela peut être problématique du fait que tous les généralistes et pédiatres n'ont pas la compétence pour prendre en charge eux-mêmes la surcharge pondérale de leurs patients, ni même parfois pour en faire la prévention ou le diagnostic. Si la HAS préconise de peser tous les patients pour dépister l'obésité, c'est loin d'être le cas en pratique, les médecins redoutant de froisser leurs patients ou considérant l'annonce de la surcharge pondérale compliquée et inutile (Prod'homme et al.

2019). Seulement 1/3 des pédiatres se considèrent comme suffisamment formés à la prise en charge de l'obésité ; la moitié ne connaît pas l'âge physiologique du rebond d'adiposité (important pour détecter rapidement l'obésité chez les jeunes enfants), et plus de la moitié ne pense pas que la prise en charge de l'obésité puisse conduire à des TCA, alors que c'est un point de vigilance chez les soignants formés à l'obésité pédiatrique (Franc et al. 2009).

Mais les prises en charge peuvent aussi être empêchées même lorsqu'un soignant a diagnostiqué la surcharge pondérale de l'enfant, pour diverses raisons qu'on peut schématiser en trois attitudes possibles.

1. Les parents refusent la légitimité du diagnostic et le fait que l'enfant soit en surcharge pondérale. « La valorisation de la "minceur" croît quand on passe des classes populaires aux classes supérieures en même temps que croît l'attention portée à l'apparence physique et que décroît corrélativement la valorisation de la force physique, de sorte que deux individus de même corpulence seront considérés comme minces dans les classes populaires et gros dans les classes supérieures. » Ce constat de Luc Boltanski n'est pas obsolète (Boltanski 1971, 223). Les schèmes de perception du corps sont situés socialement : les parents ont tendance à sous-estimer la corpulence de

leurs enfants (Aldolaim 2019), la « peur de l'enfant trop maigre » et la rondeur de l'enfant comme signe de sa bonne santé persistant chez des mères de classes populaires (Longchamp 2014). L'estimation de sa corpulence ne passe non pas par le fait de le peser ou de se référer à la courbe de corpulence du carnet de santé, mais par observation, en le comparant aux enfants de son âge et de sa famille ou en se référant à sa taille de vêtements (Lernould et Gueraud 2021) : les étalons de mesure des professionnels de santé et des familles diffèrent.

*« Dans ma famille, c'était très positif d'avoir bon appétit et d'avoir ce gabarit-là, donc je me suis rendu compte que j'étais en surpoids vraiment tardivement, ces dernières années. Rétrospectivement. Pas du tout sur le moment. »
- Jonathan P.*

2. Les parents reconnaissent la surcharge pondérale mais estiment qu'il n'est pas important de réduire ou stabiliser la corpulence. Ils peuvent juger que ce n'est pas urgent, que le problème disparaîtra de lui-même avec la croissance de l'enfant, ou qu'il n'y a pas à agir tant que l'enfant semble bien vivre sa surcharge pondérale (pas de stigmatisation à l'école, par exemple). Si les classes populaires ont davantage recours aux professionnels de santé que par le passé, le rapport à la santé plus orienté sur le curatif que le préventif persiste (Arborio et Lechien 2019a), et l'obésité infantile, tant

qu'elle ne présente pas de conséquences immédiates et graves sur la santé, peut être mise de côté par certaines familles. Dans l'extrait suivant, trois diététiciennes en milieu hospitalier s'alarment ainsi du fait que tant que les symptômes consécutifs à l'obésité sont traités, celle-ci n'est pas considérée comme problématique par certaines familles.

Sophie R. : « **Même quand la pathologie est là**, je pense à certaines familles chez qui il y a du diabète de type 2, et que l'enfant est sous traitement, ils sont catastrophés de la nouvelle, ils sont catastrophés au moment où ça arrive. "On va tout changer, là maintenant c'est sûr, il va falloir vraiment faire attention, etc."

Viviane J. : Et vous les revoyez quelques mois après et en fait, **ils ont appris à vivre avec cette maladie, avec les traitements**, avec tout ce qu'on a pu mettre en place et finalement **ils ont pas changé leurs habitudes** pour autant. Ils sont inquiets, ils disent "quand même, maintenant, il y a ça, y a le diabète, il y a le problème là dessus, il peut plus marcher", mais pour autant ils changent pas. Non, c'est vraiment compliqué hein. Moi je trouve, c'est très compliqué.

Marion T. : Et puis même y en a avec l'apnée du sommeil, c'est déjà arrivé qu'on me dise "ah ben non mais du coup, **depuis qu'il a la machine, il est plus fatigué la journée**". Mais en fait, il perdrait du poids il aurait pas besoin de la machine ! Et du coup là non c'était "bah il a la machine donc il va mieux, il est moins fatigué, il est moins essoufflé donc **bah du coup on a réglé un problème**". »

3. Les parents reconnaissent la surcharge pondérale mais estiment que la solution ne relève pas d'un médecin. Ils encouragent l'enfant à un « régime » sans supervision médicale, à intensifier sa pratique sportive, ou le

laissent gérer sa corpulence comme il le souhaite.

« [Ma mère] **elle voulait presque pas en parler**. Elle a jamais eu un regard qui jugeait. Elle me disait souvent, quand je lui disais "je suis grosse", elle me disait "**non, t'es très bien comme t'es**" et des choses comme ça, elle insistait sur le fait que **c'était provisoire**. Que vu que j'étais enfant ou adolescente, que **c'était normal d'être grosse** ou plus maigre dans ces périodes-là. Et aussi, elle me disait beaucoup "**si t'as vraiment vraiment envie de ressembler aux filles des clips, si tu veux tu peux te mettre au sport**" etc. » - Lou S.

Ce cas de figure peut être très dur à vivre pour les enfants en question, en raison de la pression parentale et/ou de l'absence de soutien de leur part. Ils sont conscients du caractère déviant de leur corpulence, rappelé par leurs médecins, leurs proches, les autres enfants, mais ils ne parviennent pas à réduire leur poids malgré leurs efforts et ne savent pas où trouver des ressources. Ce ne sont pas les prescriptions qui manquent, mais plutôt leur pluralité et leur caractère contradictoire qui génèrent de l'angoisse, une mauvaise image de soi et des comportements parfois dangereux (sport excessif, privation alimentaire). Claude Fischler parlait de « cacophonie diététique » pour désigner la confusion causée par la pluralité des mises en garde dans laquelle les personnes « ne parviennent pas, ou difficilement, à se retrouver, à concevoir et exercer un sain gouvernement du corps » (Fischler 1993).

Cette profusion redouble le mal-être des enfants sans suivi médical, car ils ont le sentiment que « tout le monde sait ce qu'il faudrait faire », eux compris – manger des fruits et légumes, faire du sport, les conseils largement communiqués par les campagnes de santé publique – mais que cela ne « fonctionne pas » sur leur poids ou qu'ils n'ont pas les moyens de le mettre en place, parce qu'ils ne maîtrisent pas les achats alimentaires familiaux, parce que leur

famille n'a pas les moyens d'acheter des aliments sains ou de les inscrire dans un club de sport, ou parce qu'ils auraient un défaut moral individuel de « manque de volonté » qui les empêcherait de faire des efforts suffisants.

*« [Mon pédiatre] me disait que **c'était grave**, et j'ai intériorisé cette **violence** un peu médicale, parce que c'était des propos violents pour un gamin de 12 ans. **J'aurais préféré que ce soit dirigé vers ma mère, ça, parce que j'y étais pour rien** au final. Du moins avant ma prise d'indépendance on va dire, vers 13-14 ans, j'y étais pour rien pour le coup. » - Lesley T.*

La prise en charge médicale de l'obésité implique donc une relation triangulaire entre enfant, parents et médecin(s), et n'est possible que si les représentations et motivations de ces différentes personnes se coordonnent. Elle n'est pas systématique, et lorsqu'elle existe, elle peut prendre des formes disparates, allant de remarques régulières du médecin traitant aux formes les plus institutionnalisées et « à la pointe » que constituent des dispositifs pluridisciplinaires comme les Réppop. Les inégalités sociales de santé face à la corpulence sont ainsi redoublées par

l'absence de systématisme et l'hétérogénéité de l'accompagnement. Là où les adultes obèses jouissent d'une certaine autonomie, à la fois culpabilisante et source de liberté (agir ou non sur leur statut pondéral, et comment, relève de leur décision), les enfants sont dans une situation plus complexe encore, tour à tour conçus comme victimes (de leurs parents, de l'agro-industrie...) et comme responsables (ils doivent « se responsabiliser » au plus vite et adopter des comportements plus sains).

Deuxième partie. Une prise en charge médicale à la fois déculpabilisante et moralisante

I. L'obésité infantile comme pathologie

A. Une reconnaissance récente comme maladie

Dans les années 2000, des médecins s'alarment d'une médicalisation de l'obésité qu'ils jugent insuffisante ou inachevée. À l'époque, l'obésité « n'existe pas » pour le système de soins : seulement 1/3 des personnes obèses consultent pour cette raison, la nutrition est une discipline anecdotique, et le traitement médical se résume à la prescription de régimes restrictifs à la façon de la prise en charge du diabète de type 2 quarante ans auparavant – « vous n'avez qu'à maigrir » remplaçant « vous n'avez qu'à manger moins de sucre », comme si le soin se réduisait au fait de « faire maigrir » le patient (Basdevant 2000). Les défenseurs d'une conception de l'obésité comme maladie ont eu des motivations diverses. Des médecins et militants l'ont promue pour réduire la culpabilisation des personnes obèses, ou dans l'espoir qu'un remboursement par l'Assurance maladie incite la recherche et le développement de traitements médicamenteux (Blackburn 2011). Des industriels et lobbyistes l'ont fait pour créer

des débouchés pour des traitements pharmaceutiques et pour les chirurgies bariatriques (Saguy et Riley 2005).

Aujourd'hui, l'obésité est reconnue officiellement comme une « maladie chronique complexe définie par une adiposité excessive pouvant nuire à la santé » dans l'*International Classification of Diseases 11*. Cette reconnaissance est aussi juridique, plusieurs décisions de justice en France l'ayant affirmée comme « maladie à part entière » (Fortier et Chastagner 2014). On peut considérer désormais que l'obésité infantile a été médicalisée, c'est-à-dire définie en des termes médicaux, désignée par un vocabulaire médical, comprise dans un cadre médical et « traitée » par une intervention médicale (Conrad 1992). Bien que la majorité des enfants obèses aient peu de signes d'appel cliniques, les médecins ont mis en avant pression artérielle supérieure à celles des enfants de corpulence normale, taux de cholestérol total plus élevé, hyper-

insulinémie, troubles orthopédiques, respiratoires, métaboliques et endocriniens, risques supérieurs de mortalité cardiovasculaire à l'âge adulte, et rôle de l'hérédité – de 10 à 80% d'héritabilité selon les méthodologies des études (Ailhaud et al. 2000). Si l'obésité des adultes a été prise en charge par de nombreuses spécialités médicales (pharmacie, chirurgie, génétique, diététique...), l'obésité infantile donne lieu à de la recherche dans ces différents domaines, mais est surtout aujourd'hui traitée par des interventions diététiques, et endocrinologiques en cas d'obésité secondaire²².

Le processus de médicalisation d'une question est neutre, ni positif ni négatif en soi. Il a entraîné des conséquences positives et négatives pour les enfants obèses. D'une part, la médicalisation a donné des justifications scientifiques à leur stigmatisation : la dévaluation esthétique des corps « gros » par les adolescents a trouvé une justification d'ordre médicale, des attitudes intolérantes pouvant se réfugier derrière l'argument du danger sanitaire (Guilhem et Sellami 2009). D'autre part, elle a permis le financement de dispositifs de prise en charge et de

formation des soignants comme le Réppop et a amoindri le jugement moral porté sur les enfants obèses, qui sont perçus comme devant être aidés et soignés (Tibère et al. 2007). Si l'obésité est une maladie chronique et pas un état réversible, transitoire du corps, par définition, blâmer l'autodiscipline de la personne obèse n'est pas justifié (Saguy 2014).

*« Parce qu'en fait, enfin, aujourd'hui, l'obésité est reconnue en tant que maladie, donc **maintenant dans les termes ils mettent "obésité-maladie". Pour bien faire ancrer le fait que c'est une maladie chronique [...]. C'est une maladie à part entière, qui s'exprime, qui s'exprime pas, en fonction du contexte de vie, en fonction de la génétique, l'épigénétique, tout ça, mais c'est une maladie, comme le diabète, comme l'asthme. Maladie chronique, chronique ça veut dire que ça ne se guérit pas.** » - Claire H., diététicienne*

La stigmatisation et la culpabilisation des enfants obèses et de leurs familles par les professionnels de santé (Tibère et al. 2007), parfois appelée aujourd'hui « grossophobie médicale », est ainsi toujours existante mais de plus en plus dénoncée par le milieu médical lui-même. La HAS l'a réaffirmé récemment : « Tout professionnel par son attitude et le choix de ses mots évite de blesser, de culpabiliser, de stigmatiser et construit un langage commun avec l'enfant, ses parents²³. » Les professionnels du Réppop partagent une volonté de

²² Sur l'obésité secondaire, voir à la page suivante.

²³ Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e). Recommander les bonnes pratiques, HAS, validé par le Collège le 3 février 2022, p.18.

« déculpabiliser » les parents, c'est-à-dire de clarifier le fait que l'obésité de leur enfant n'est « pas de leur faute ». Ils l'expliquent d'une part par le fait qu'on sache désormais que l'obésité est une maladie complexe irréductible au comportement des enfants et de leurs familles, et d'autre part par le fait qu'une prise en charge ne soit possible que dans une relation de confiance apaisée entre famille et soignant.

« **Pendant longtemps on a considéré** que les personnes qui étaient obèses, entre guillemets, **elles l'avaient un peu cherché** et que c'est parce qu'ils mangeaient trop et machin. Et en fait **on se rend compte que c'est plus complexe que ça**, c'est vraiment une maladie chronique, et que si vous avez un asthme, on va pas se poser la question de vous donner un traitement, de vous prendre en charge, de vous suivre... parce que là ça se voit pas, l'obésité ça se voit. [...] Je pense qu'il y avait un discours qui était de dire qu'effectivement **c'était pas pris en charge comme une maladie tout à fait comme les autres, et ça, je pense que ça va changer.** » - Ophélie C., endocrinologue

B. L'origine de la surcharge pondérale : beaucoup de théories et peu de consensus

Puisque le statut de maladie a d'importantes conséquences sur la façon dont sont soignés et perçus les enfants obèses, la question de l'origine de l'obésité est centrale. La découverte de déterminants étiologiques génétiques est susceptible de dédouaner ces jeunes et leurs familles, alors qu'en leur absence, l'obésité a toutes les chances d'être toujours considérée comme un état réversible engendré par leur style de vie, qu'il leur reviendrait de corriger (Bergeron et Castel 2018). La difficulté réside précisément dans le fait que, comme de nombreuses inconnues scientifiques demeurent autour de l'obésité, les deux clés de lecture coexistent, avec une pondération différente selon l'enfant

considéré et selon le professionnel interrogé. En l'absence de cause organique clairement identifiée, l'obésité continue à être perçue par certains comme une maladie de la volonté, une forme de compulsion dans une nourriture calorique, et la médicalisation désincite alors à chercher à comprendre ces conduites « compulsives » qui relèveraient de la dépendance (Peretti-Watel 2011). Environ 5% des cas d'obésité (appelés obésité secondaire) sont consécutifs à une autre pathologie, par exemple un problème de cortisol ou un traitement contre l'épilepsie ; pour les 95% restant, l'obésité dite primaire ou commune, l'origine de la maladie ne fait pas consensus. L'*International Classification of Diseases 11* renvoie à une

origine multifactorielle, entre « environnement obésogène²⁴ », facteurs « psychosociaux » et facteurs génétiques. Certains spécialistes comme Patrick Tounian estiment que le facteur génétique est très sous-estimé, et qu'à style de vie identique, certains enfants seront obèses là où d'autres ne le deviendront jamais, ce qui expliquerait aussi les différences de prévalence entre des pays aux modes de vie similaires (Tounian 2011 ; 2015).

« Il y a beaucoup d'inconnues, dans l'obésité, premièrement, beaucoup de choses qu'on connaît pas, qu'on maîtrise pas, qu'on peut difficilement changer. Il y a des facteurs génétiques qui sont essentiels, qui interviennent pour beaucoup. [...] Il y a des cas où [le fait que l'obésité soit génétique] est évident quoi, parce que tous les enfants sont obèses, les parents sont obèses. Il y a probablement le mode de vie qui intervient, mais y a pas que ça. Et puis donc la génétique, les inconnues de la maladie. Et puis la complexité quoi. » - Pierre U., généraliste

L'explication héréditaire est fréquemment avancée par les enfants obèses et leurs familles. Ils mentionnent spontanément qu'il y a d'autres personnes en surpoids dans leur entourage, que leur obésité viendrait « du côté de » leur mère ou de leur père. Des soignants délégitiment cette position en entretien, estimant qu'une véritable origine génétique est un cas rare, et que l'obésité de plusieurs

membres de la famille est le plus fréquemment la conséquence d'un mode de vie commun. Certains y voient une façon pour les jeunes de se dédouaner de leur responsabilité, renvoyant l'obésité en dehors de leur maîtrise individuelle (Diasio 2014). Cela rejoint des travaux anciens sur les classes populaires se présentant « comme des lois de la nature les contraintes sociales » (Hoggart 1981) : des dispositions alimentaires et sportives proches, engendrant une obésité en raison d'un excès de la balance énergétique, sont incorporées, naturalisées par des familles comme une « morphologie » particulière, une spécificité corporelle familiale transmise génétiquement.

Marine A., endocrinologue, oppose les obésités faussement considérées hormonales à celles qui constituent des pathologies. « Quand on dit que c'est hormonal, parfois les gens disent "bah oui, moi j'ai tendance à prendre du poids, c'est mon profil, c'est comme ça dans ma famille, on grossit facilement alors que dans la famille de mon mari, ils sont tous minces, ils mangent bien et ils sont tous minces ; ils ont de la chance, ils grossissent pas". Il y a cette espèce de métabolisme un peu inné, on dirait qu'il y a les gros qui ont pas de chance et qui grossissent dès qu'ils mangent un peu, et puis il y a les minces, qui ont de la chance et eux, ils mangent et ils grossissent pas. Voilà, il y a ça aussi quand on dit que c'est hormonal quoi. Mais moi, hormonal, c'est problème de thyroïde ; une pathologie, quoi, voilà. »

« Pendant longtemps je me suis dit... J'ai essayé de me planquer dans la... "ah non

²⁴ Des facteurs structurels comme le fait que dans les pays développés, on est peu incité à marcher,

susceptible de comportements sédentaires, de consommer des produits industriels caloriques...

mais c'est parce que je suis comme ça, j'ai un physique qui fait que par nature je suis en surpoids", c'est-à-dire "oui, non mais j'ai une morphologie forte". Ou alors, les trucs de physiologie, où tu vas cracher sur les gens qui peuvent manger autant qu'ils veulent mais qui sont maigres. Ça c'est quelque chose qui ressort beaucoup, j'ai l'impression. [...] Et du coup je pense qu'il y a un refus aussi, un déni de ça. Qui m'a touché pendant longtemps. Déni parce que culpabilité. » - Théo V.

« C'est multifactoriel l'obésité, comme maladie. Ça vient du contexte social : si je viens d'une famille où mes parents sont obèses, mine de rien, j'ai une chance sur deux de finir obèse, c'est ça, c'est moche à dire comme ça, mais... Et pourquoi ? Non pas par ma génétique, ou presque... une petite part de la génétique, mais une grosse part des habitudes de vie et du contexte social de mon milieu social. Si j'ai pas beaucoup d'argent, je vais aller sur des produits moins chers. [...] Et du coup, c'est cet enchaînement là, de génération en génération, qui fait que ben, on saute là-dedans de génération en génération, et ça finit par être héréditaire entre guillemets. Même si le facteur est pas à la base... le facteur hérédité est tout petit, mais c'est surtout le contexte social, culturel qui fait le résultat au final. » - Delphine B., diététicienne

Les origines possibles de l'obésité citées dans les entretiens, nombreuses, s'étirent dans un large spectre d'éléments plus ou moins contrôlables par les familles : maladies génétiques, facteur épigénétique, perturbateurs endocriniens, traumatismes dans l'enfance, métabolisme, difficultés familiales (séparation des parents par exemple), comportement des parents pendant les « 1000 premiers jours », TCA, alimentation émotionnelle, manque de sommeil, sédentarité, alimentation excessive. Il y a bien entendu des

connexions entre ces différents éléments : par exemple, le manque de sommeil peut entraîner des conséquences hormonales dérégulant la satiété et la faim via la ghréline et la leptine. L'obésité commune ne se réduit donc pas à simple déséquilibre entre entrées et sorties caloriques, ou du moins, pas de l'avis de tous les professionnels, bien que cela reste la perspective la plus fréquente dans le milieu médical y compris spécialisé (Avignon et Attalin 2014). Après des entretiens avec des soignants estimant que si la corpulence ne se réduit pas avec la prise en charge, c'est « qu'il y a quand même un problème d'apport » (Sylvain K., généraliste) ou de dépense calorique, éventuellement en raison de prises alimentaires que les enfants cacheraient à leurs parents, je discute avec Claire H., diététicienne suite à une reconversion professionnelle récente, du cas d'une jeune fille qui a rapidement pris du poids malgré une alimentation équilibrée et une pratique sportive. Je lui demande si elle a su *a posteriori* s'il y avait eu des prises alimentaires cachées de sa part, comme le suspectait la mère de la jeune fille. Elle me répond que ce n'est pas forcément le cas, puisque le stress chronique peut conduire à prendre du poids même si l'alimentation reste inchangée via une augmentation du taux de cortisol engendrant une résistance à l'insuline. Cette même diététicienne

considère que parmi les causes de l'obésité, un quart est génétique, un quart renvoie à la grossesse et la petite enfance, un quart à la psychologie, et un quart au comportement actuel :

« Et après, le dernier quart ? C'est l'environnement de vie et dans ce dernier quart, il y a l'alimentation, donc tu te rends compte ? Il y a tout ça [montre les 3/4 précédents] avant et dans ce dernier quart, il y a la sédentarité, donc le fait de rester trop assis dans la journée, l'activité physique, l'alimentation, le sommeil. Tu vois, **tout ce dont on parle sur Internet, à la télé et tout ça, c'est ce petit quart-là.** »

Finalement, la position la plus fréquente parmi les enquêtés, professionnels et jeunes en surcharge pondérale, consiste à considérer que l'obésité infantile est un mélange de prédispositions génétiques et

d'habitudes de vie, sans trop savoir la part respective de ces deux facteurs.

« Dans l'immense majorité des cas, ce que je prends en charge, moi au cabinet, c'est ce qu'on appelle de **l'obésité commune, c'est-à-dire des parents obèses ou des antécédents familiaux avec de l'obésité, et puis de la sédentarité et de la malbouffe par-dessus.** Ou sans dire de la malbouffe qualitativement, en tout cas des trop grandes quantités. **C'est rare qu'on puisse dire "j'ai trouvé la cause, je vais soigner la cause et l'obésité disparaît"**, ce qui est le cas dans les obésités-maladies. C'est-à-dire que quand on a un excès de cortisol, si on soigne l'excès de cortisol, l'obésité disparaît. Quand on a une obésité multifactorielle, une obésité commune, on a plusieurs facteurs à mettre en... à utiliser, sachant que le terrain familial, on pourra jamais complètement l'effacer, quoi. »
- Ophélie C., endocrinologue

« Selon moi... Tout d'abord, la génétique. Je suis naturellement... J'ai de gros os, j'ai des formes... C'est ma morphologie. Et mes habitudes. Voilà. **Mes habitudes et la génétique.** » - Maria J.

C. Une presque-pathologie ?

Ces incertitudes concernant l'origine de la surcharge pondérale conduisent à une ambiguïté, à un doute persistant quant à son statut de pathologie, dans les familles concernées, chez certains professionnels et dans les représentations sociales courantes de l'obésité infantile. Il apparaît compliqué de percevoir comme une pathologie chronique une corpulence qui dépend, dans la plupart des cas, des habitudes de vie des familles. Aujourd'hui encore, « la perception sociale dominante ne considère pas simplement (ni même principalement)

la corpulence comme une "maladie" mais plutôt comme une faute morale ou un défaut de caractère » (Vandebroeck et Wirth 2015). L'obésité n'est pas la seule maladie qui peut dériver des comportements de la personne ; pourtant, un cancer du poumon chez un fumeur ou une forme avancée de diabète de type I chez un enfant sont plus aisément perçus comme des pathologies que l'obésité. Comment expliquer cette médicalisation inachevée de l'obésité infantile ?

Du point de vue médical d'abord, le caractère pathologique de l'obésité ne fait pas consensus. Si un lien statistique a été trouvé entre obésité et mortalité cardiovasculaire chez les adultes, il n'est pas exclu qu'il pourrait s'expliquer par des variables cachées comme la précarité (Ailhaud et al. 2000) ; par ailleurs, on ne trouve pas d'effet sur leurs risques de mortalité cardiovasculaire ou cancéreuse de l'adoption par des adultes obèses d'une alimentation « amaigrissante » pauvre en graisses et en graisses saturées (Ma et al. 2017). Chez les personnes obèses sans comorbidités associées, perdre du poids est en fait associé à un accroissement de la mortalité (Bosomworth 2012). Une méta-analyse sur trois millions de personnes n'a trouvé de lien entre mortalité et obésité que pour les obésités de classes 2 et 3 (au-dessus de 35 d'IMC), pas pour celles de classe 1, les personnes en surpoids présentant même une mortalité plus faible que celles de poids normal (Flegal et al. 2013). Un tiers des personnes obèses sont « métaboliquement saines », c'est-à-dire sans aucune anomalie métabolique, alors que des personnes à l'IMC normal peuvent être « métaboliquement obèses » : de nombreux chercheurs estiment donc abusif de qualifier de « malades » toutes les personnes dont l'IMC est situé au-delà d'un certain seuil (Avignon et Attalin 2014),

alors qu'on peut être en surcharge pondérale et en bonne santé.

*« Alors l'obésité ? **Pour moi, c'est quand même une maladie chronique.** Après, je pense aussi quand même qu'on peut être **obèse et en bonne santé.** » - Séverine L., diététicienne*

*« C'est là où **on parle de maladies chroniques, mais dans les faits, on les traite pas comme des maladies chroniques, vraiment.** Sauf les obésités morbides à qui on va proposer de la chirurgie ou des traitements maintenant injectables ou voilà. Mais voilà, **ça reste rare en pédiatrie.** Donc il y a un **double discours** : à la fois c'est une maladie, **il faut la prendre en charge, et en même temps,** et c'est ce que je ressens un peu moi, je suis plutôt petit, il y a des grands, enfin il y a des maigres, il y a quand même des gens un peu gros, **ça fait partie de la vie.** » - Sébastien D., généraliste*

Du point de vue des personnes concernées par l'obésité ensuite, embrasser une lecture de sa corpulence en termes de maladie, ou de handicap, est rare. Même les personnes percevant leur obésité comme héréditaire et/ou dépendante de causes psychologiques et métaboliques hors de leur contrôle refusent l'identité de personnes « handicapées » (Lupton 2018). Les enquêtés les plus corpulents de Solenne Carof ne se considèrent pas comme malades : ils associent l'obésité à un handicap et une maladie... mais définissent comme obèses les personnes bien au-dessus d'un IMC de 30, s'excluant de fait de ce groupe (Carof 2017b). Les mouvements militant pour l'acceptation des corps

« gros » rejettent l'étiquette médicale et le fait de considérer ces corps comme malades, d'une part car le modèle médical met sur eux la responsabilité de leur mauvaise santé, d'autre part car ce dernier implique que les personnes obèses seraient « *biologically flawed* » (Saguy et Riley 2005). Mes enquêtés en surcharge pondérale ne se considéraient pas comme malades. Les considérations de santé étaient inexistantes ou minoritaires dans leur volonté de réduire leur corpulence.

« Les médecins, ça me dérange pas quand ils le disent [qu'il faudrait maigrir], je m'en fous. Je me dis : ouais, bah après **c'est des médecins quoi, eux ils ont leurs courbes**, ils se disent "faut que tu fasses entre tel et tel kilo par rapport à ta taille", machin, mais en soit **tu peux être en surpoids** et être très belle et très bien dans ton corps, **et en très bonne santé aussi**. Donc ça me dérangeait pas, c'était plus le regard des gens qui me dérangeait. » - Anaïs I.

Maigrir ne signifiait pas pour eux être en meilleure santé, voire les a conduits à mettre leur santé en danger à l'adolescence : restriction alimentaire, boulimie, anorexie, blessures suite à une pratique sportive excessive, dépression, tentatives de suicide. Pour certains, ils en gardent des conséquences durables à l'âge adulte, notamment une préoccupation obsessionnelle de leur poids. La lecture en termes de santé de leur corpulence n'apparaît chez les enquêtés qu'à un âge plus avancé, vers leur majorité. Avec le recul, plusieurs de ces jeunes adultes

dissocient leur état de santé de leur corpulence, pouvant par exemple estimer n'avoir jamais été en aussi bonne santé que lorsqu'ils étaient en surcharge pondérale.

« C'était une période où certes, je te dis, je faisais 115 kilos, mais en même temps j'avais énormément de muscles, et je me souviens que je m'entraînais trois fois par semaine au foot américain avec le club, et je faisais deux à trois fois de la musculation par semaine en plus, plus le sport au lycée, donc en fait c'était très fréquemment, et j'étais en forme, **physiquement j'étais en forme à cette époque-là. Mais paradoxalement, en étant catégorisé en obésité morbide. C'est un paradoxe.** » - Théo V.

« J'ai essayé d'atteindre cet objectif-là [devenir mince]. J'ai réussi, hein, mais **à quel prix ... J'ai pourri ma santé** à cause de ça. » - Eva H.

Les professionnels de santé du Réppop partagent l'impression que toutes les familles ne perçoivent pas la surcharge pondérale comme un problème de santé à part entière, et encore moins les jeunes.

« Je me souviens d'une jeune fille qui disait que le médecin avait insisté pour lui dire que si ça continuait, elle pouvait devenir cardiaque, elle pouvait avoir du diabète, **comme si effectivement à cet âge, on se projetait dans la maladie...** C'était très abstrait, hein, pour elle, **en aucun cas ça ne pouvait l'aider à faire un régime par exemple.** » - Nicole Y., psychologue

Le caractère à la fois visible et invisible de l'obésité, visible dans le corps comme stigmaté mais invisible dans d'éventuels symptômes ou tests médicaux comme maladie, pourrait être une piste d'explication quant à sa non-considération

ou considération incomplète comme pathologie.

« C'est un peu comme le diabète qui débute, **ça donne pas de symptômes, ça fait pas mal. On vit très bien**, c'est juste que c'est une fois qu'il y a toutes les complications qu'on s'en rend compte. Mais **ce qui ne fait pas mal, ce qui ne se voit pas**, ce qui ne se dose pas, **les patients ont du mal à l'accepter en tant**

que maladie. [...] Donc y a ça à faire comprendre aux gens : non, **c'est pas parce qu'on a pas d'éléments pour le mesurer, le quantifier que ça n'existe pas, qu'il ne faut pas l'accepter en termes de maladie.** [...] Il y a l'IMC qui est un indicateur mais ça, ça s'est banalisé, les gens veulent pas trop le voir. Mais **y a pas la prise de sang qui dit "ah bah, obésité, c'est bon"**, comme le sucre pour le diabète. » - Cécile S., généraliste

II. Les soignants, professionnels de la morale familiale

A. Un traitement médical... par l'amélioration de leur hygiène de vie par les familles

Une autre raison qui pourrait expliquer le fait qu'on ne considère pas l'obésité infantile comme une maladie à part entière est la façon dont elle est traitée par le système de santé. Les traitements médicamenteux et la chirurgie sont déconseillés concernant les mineurs, bien que l'idée de chirurgie chez de grands adolescents fortement obèses semble gagner du terrain et qu'un médicament, le sémaglutide, ait été approuvé fin 2020 aux Etats-Unis pour le traitement de l'obésité à partir de 12 ans. Le traitement repose aujourd'hui dans la grande majorité des cas sur des changements diététiques et d'activité physique (Kansra et al. 2021). Cette focalisation sur le changement comportemental s'inscrit dans une tendance plus large de la médecine : là où la médecine traditionnelle agissait sur des

symptômes « enfermés dans les corps », la nouvelle médecine « de surveillance » s'étend à l'espace extracorporel du « style de vie » (Armstrong 2009).

« Voilà, **c'est une maladie, donc il y a des traitements**, et **ces traitements c'est exclusivement**, enfin principalement, sauf qu'à très extrêmes et très particuliers, c'est **sous forme d'activité physique, bien manger**, voilà, c'est les seuls traitements qu'il peut y avoir. » - Delphine B., diététicienne

Cette approche par le mode de vie, associée à ce qu'on appelle l'« éducation thérapeutique du patient » (ETP), consiste à apprendre aux familles comment améliorer leur alimentation, être plus actives, etc. Cette tâche revient au moins dans un premier temps au médecin traitant ou pédiatre, les consultations avec des diététiciennes n'étant pas remboursées par l'Assurance maladie. De nombreux travaux

estiment que c'est là faire reposer sur les médecins une tâche à laquelle ils ne sont en général pas formés (Avignon et Attalin 2014). Les recommandations concernant les habitudes de vie sont pour eux une activité périphérique, évitée car « elle renvoie à une dimension particulièrement complexe de la relation médicale qui relève non de la pathologie mais de l'épaisseur "sociale" du patient » (Génolini et al. 2011, 101). Les médecins manquent de concepts opératoires pour appréhender cette dernière, les problèmes d'ordre social apparaissant plus difficiles à résoudre pour eux que ceux d'ordre technique (Daubigny 2004). Pour citer une thèse de médecine consacrée à la prise en charge de l'obésité infantile par les généralistes de la Possession, « il semble que le médecin ait du mal à trouver sa place, n'ayant pas de compétences dans un domaine qui relève de la guidance parentale » (Payet 2018). La plupart des généralistes rechignent par exemple à inciter à une activité physique, en particulier des patients des milieux populaires pour lesquels ils anticipent qu'elle s'insérerait difficilement dans leur quotidien, tendant à opérer un « triage social discret » des personnes avec lesquelles le sujet est abordé (Bloy et al. 2018).

Le travail des professionnels du Réppop avec leurs jeunes patients en surcharge

pondérale consiste principalement, précisément, en une intervention sur les styles de vie des familles. Avec les enfants, l'objectif n'est pas de leur faire perdre du poids mais de minimiser la prise de poids pour que leur corpulence diminue au fur et à mesure de leur croissance. Il ne s'agit donc pas d'implanter un « régime » restrictif mais de rétablir une alimentation présentée comme équilibrée, une activité physique régulière, un temps de sommeil suffisant. Les soignants peuvent donner ou corriger des connaissances nutritionnelles, plus ou moins techniques, dans une optique d'éducation (ou de « rééducation » pour reprendre le terme de Delphine B., diététicienne) alimentaire : familles d'aliments, régulation de la glycémie, quantité de sucre présente dans une canette de soda, etc. Les professionnels oscillent entre deux positions d'apparence contradictoire : d'une part la croyance que « tout le monde sait » globalement comment il faudrait manger de façon optimale pour la santé, que ce n'est que du « bon sens », d'autre part le constat que certaines familles ne le savent et/ou ne l'appliquent manifestement pas.

*« Il y a quand même, on va dire, des règles, mais qui paraissent... **Logiques ?** [Elle hésite.] **Mais peut-être pas logiques pour tout le monde.** » - Séverine L., diététicienne*

*« Dans les recommandations nutritionnelles en fait, **c'est des recommandations de bon sens hein.** » - Ophélie C., endocrinologue*

On peut faire l'hypothèse que les règles diététiques légitimes auxquelles les soignants ont été socialisés en tant que personnes issues des classes moyennes et plus souvent supérieures sont tant et si bien incorporées qu'ils les considèrent comme absolument évidentes et ont du mal à croire qu'on puisse ne pas les partager.

« **On entend plein de messages !** Au niveau du PNNS, à la radio, on écoute plein de trucs, on lit des articles, et **pourtant on a l'impression que ces familles, ça les touche pas.** [...] Et on a mis dans la salle plein d'affiches sur l'alimentation, l'équilibre alimentaire, sur le sommeil, les écrans... Ils les voient pas ! Oui, c'est vrai **qu'on a l'impression que les personnes, ces personnes-là, elles ne voient pas, elles ne lisent pas** et qu'elles sont complètement... »
- Viviane J., diététicienne

« Franchement, je trouve que **la plupart des gens ils savent. En fait ils font juste pas l'effort.** La plupart des gens le savent, en plus **y a de plus en plus d'applications, Yuka, tout ça, que les gens connaissent, qu'ils utilisent quand même pas mal.** » - Stéphanie F., généraliste

Loin des informations données par les campagnes de prévention, qu'ils jugent trop théoriques ou générales, les soignants tentent d'accompagner concrètement la réforme des pratiques alimentaires d'une famille en particulier. Cela peut passer par des jeux, de petits changements progressifs appelés « micro-objectifs » comme le fait de manger moins vite ou de goûter un nouveau légume chaque semaine. Plutôt

que de formuler des injonctions ou des recommandations exogènes, les soignants insistent sur le fait d'obtenir au minimum l'adhésion, au mieux la participation active de l'enfant dans la proposition et le choix des modifications à mettre en place, ce qui semble à la fois obéir à un principe de réalisme (est-ce qu'il semble à la famille que cet objectif est véritablement atteignable ?) et à une forme d'engagement moral à « vraiment » essayer de le mettre en place. Le rôle de prescripteur normatif du professionnel de santé est ainsi atténué au profit de celui d'un simple accompagnateur d'une volonté de changement et d'une réflexion qui viendraient des enfants et de leurs parents. Ainsi, la prise en charge par la responsabilisation des familles, amenées à formuler leurs propres changements comportementaux, évoque davantage un dispositif de normalisation que de normation (Foucault 2004).

« Je vais essayer d'amener l'objectif de bouger plus. Et **on trouvera ensemble comment** en fait, qu'est-ce que tu pourrais faire ? Là encore, **c'est pas moi qui vais lui dire** « bah tu prends ton vélo, puis tous les weekends tu vas faire ton vélo », non, **il faut que ça vienne de lui**, c'est lui qui choisit ce qu'il aimerait faire. Une fois qu'il a compris, il sait que c'est important, **c'est pas que ça lui est imposé, c'est qu'il a compris.** Et comme il a envie, eh ben du coup il va le mettre en place. » - Delphine B., diététicienne

B. Une extension du domaine médical

La médicalisation de l'alimentation désigne le processus de diffusion de la norme nutritionnelle dans les pratiques et représentations des individus, dans l'espace marchand (par exemple les allégations nutritionnelles dans la publicité), public (par exemple les campagnes de prévention) ou comme ici dans la relation médicale (Fournier 2017). L'alimentation participe de la médicalisation de la société, entendue comme l'extension du champ de compétence de la médecine, le fait que de plus en plus de « territoires du champ social prennent une coloration sanitaire et se trouvent peu à peu recouverts par le voile des idéologies de la santé et de la prévention » (Aïach 1998, 25). Cette extension est visible dans l'action du Réppop au-delà des questions attendues de pratiques alimentaires et sportives.

Concernant l'enfant, le travail du soignant dépasse la seule question du contenu des assiettes pour une prise en charge plus qualitative et enveloppante. Exercices, dégustations, explications, petits défis n'ont pas pour seul but que l'enfant mange de façon plus équilibrée, mais qu'il apprenne à reconnaître et à écouter ses sensations, à devenir plus réflexif et autonome dans son alimentation, bref, le socialiser à un rapport différent, plus actif, à son corps. C'est un travail en profondeur

pour lequel les soignants mobilisent les parents, même lorsque ceux-ci y rechignent.

*« La notion de mastication, **l'éducation aux sensations alimentaires**, ben ça, on sent que **ça prend du temps**. Ça, ça prend du temps, vraiment du temps. Souvent, ça prend bien 6 mois avant de prendre, justement, parce que des fois **les parents, ils aimeraient quelque chose de plus facile je pense que de travailler avec son enfant sur ce qu'il ressent et de discuter sur ce qu'il ressent et de comprendre l'impact de la mastication.** »*
- Sabrina V., diététicienne

*« J'explique [aux enfants] que c'est comme dans un avion, on peut mettre en **pilotage automatique** et puis du coup **laisser l'avion voler**, et lui dire de voler à fond, bah c'est à peu près la même chose quand on mange, j'essaie de leur expliquer **qu'il faut vraiment être capable de contrôler un peu leur alimentation**. Et donc du coup **je leur explique comment contrôler ça en fait, j'essaie de les pousser à prendre en main la préparation des repas, la préparation de plateau, le fait d'analyser dans quel état d'esprit aussi ils peuvent être quand ils vont manger...** »* - Sylvain K., généraliste

Concernant les parents, la prise en charge déborde la seule question du style de vie dans l'acception stricte de « ce qui est mangé » ou « quelle activité physique est réalisée » pour toucher à des principes éducatifs (Lutz 2020) et des normes de bonne parentalité. Les parents sont à la fois instigateurs de la surveillance de leurs enfants et eux-mêmes objets de la surveillance des soignants (Lupton 2014). En plus d'aider l'enfant à devenir plus

« conscient » de son alimentation, les parents sont incités à faire preuve de persévérance et d'autorité, par exemple en continuant de cuisiner des aliments sains que leur enfant n'apprécie pas dans l'espoir de lui y donner goût à force de répétition. Les professionnels encouragent les parents à consacrer plus de temps et d'attention à leurs enfants, à communiquer avec eux. Ils sont donc amenés à évaluer les parents dans l'exercice de leur rôle et l'attention qu'ils prêtent « non seulement à la trajectoire médicale de l'enfant, mais également, par métonymie, à son bien-être » (Mougel-Cojocaru 2007a). Le rôle assumé de « contrôleur social » prêté aux aides-soignantes (Arborio 2012) et aux pédiatres apparaît donc également pertinent concernant les soignants du Réppop.

« Les parents qui vont dire qu'ils sont surchargés de travail alors que l'ado demande qu'une chose, c'est d'avoir du temps avec ses parents, à un moment je dis aux parents "bah non, je comprends que vous avez beaucoup de soucis, mais il faut trouver un moyen pour remettre du temps pour la vie en famille". » - Cécile S., généraliste

Concernant la famille dans son ensemble, il s'agit donc de « régler la vie » familiale (Boltanski 1984), en particulier celle des familles populaires : réinstaurer des horaires réguliers, préparer ensemble les repas « à partir de 2 ans », manger ensemble sans télévision, faire participer les

enfants aux tâches domestiques. L'objectif est d'atteindre un bien-être global dans la famille, moins de conflits, une « meilleure ambiance » dépassant largement la seule question des apports et dépenses caloriques.

*« On essaye de **recaler avec les parents et l'enfant un espèce de programme, tout bête hein**. Je me lève à telle heure, je petit-déjeune, je débarrasse mon bol, ça paraît bête comme ça, mais en fait, **ça fait un enfant qui se lève, qui fait des choses, qui s'assoit, qui se douche, qui se lave les dents, qui prépare à manger.** » - Claire H., diététicienne*

On pourrait croire que tout ce travail relationnel, émotionnel, organisationnel débordant le champ traditionnel de la médecine n'existe que pour servir l'objectif final du contrôle de la corpulence, et c'est parfois une façon de justifier le bien-fondé de ces interventions pour les professionnels.

*« Après on conseille des fois, **c'est tout bête hein**, mais je fais [recommande en consultation] des **trucs qui n'ont rien à voir**, comme aider à mettre la table. **On pourrait se dire que ça n'a rien à voir avec le surpoids**. Ou faire un jeu de société avec ma petite sœur. Voilà, ça va être des choses qui n'ont pas forcément à voir avec le surpoids, mais **en fait, c'est dans le comportement général aussi**. On peut travailler. Parce que **s'il se dispute tout le temps avec sa petite sœur, forcément, il va être énervé, forcément, il va aller dans le placard, manger du chocolat quoi.** » - Hélène E., généraliste*

Cependant, il ne s'agit pas d'un travail secondaire ou périphérique mais complémentaire, voire pour certains

soignants prioritaire sur la stabilisation de la corpulence. Intervenir sur des aspects variés du bien-être de l'enfant et de la famille ne sert pas qu'à créer un climat familial « sain » et serein dont serait tributaire la prise en charge médicale, mais constitue un objectif en soi. On retrouve parfois l'idée que la surcharge pondérale ne serait qu'un symptôme d'autres problèmes, et que c'est à la racine de ceux-ci qu'il faut

agir plutôt que sur le seul comportement alimentaire.

*« On peut venir bloquer par l'alimentation un poids ou faire perdre du poids, mais **si la source du problème, elle est tout autre, ce poids ne stabilisera pas sur le long terme**, et ou alors ce poids on ne le perdra pas sur le long terme. [...] Donc on vient plutôt travailler le comportement, la qualité de vie, l'hygiène de vie. **La guidance parentale, la responsabilité des parents**, voilà, tout ça. Du coup ça fait que **le poids pour moi c'est quand même un objectif secondaire**, enfin, cette histoire-là de courbe de poids, c'est quand même un objectif secondaire. » - Laurie G., diététicienne*

C. Un travail de moralisation

En creux des critiques de comportements parentaux « déviants » se dessine l'image parentale idéale que les soignants valorisent, prenant parfois directement l'exemple de leur propre vie de famille : un parent qui s'organise pour trouver le temps de cuisiner des plats goûteux et sains, de faire de l'activité physique avec ses enfants, de discuter avec eux autour d'un repas partagé. L'objectif de contrôle de la corpulence ne se traduit pas seulement par un transfert de connaissances mais par une « démarche de conviction morale sur les usages du corps au quotidien » (Génolini et al. 2011, 87), et la prise en charge peut être perçue comme une entreprise de moralisation tentant d'élever les familles dans l'espace social en

leur faisant adopter des pratiques de classes moyennes et supérieures (Darmon 2012).

*« Le soir ils sortent un plat Picard parce qu'on a pas le temps... On voit bien que c'est quand même le contexte qui permet pas... Ouais, **c'est le contexte, mais c'est ce qu'on décide quand même de mettre en place. Moi je travaille, j'ai deux enfants, j'ai fait du pain perdu ce matin**. Je fais des croque-monsieur, je fais des crêpes, je fais des pancakes au petit-déjeuner. C'est parce que j'en ai envie, c'est parce que pour moi ce repas il est important. » - Céline M., diététicienne*

Ce travail de moralisation, que Luc Boltanski désignait comme une mission civilisatrice, passe aussi par la mise à distance du savoir profane que les parents ont acquis dans leur propre socialisation populaire au profit de la « légalité médicale » des soignants, doublement légitimée par leur place dans l'échelle sociale et leurs savoirs scientifiques

(Boltanski 1984). Les parents doivent se détacher de certaines conceptions populaires, et s'opposer à celles-ci lorsqu'elles sont incarnées par leurs proches, pendant les repas de famille par exemple, quitte à ce que le soignant intervienne directement auprès de la famille élargie pour l'informer du suivi médical de l'enfant.

« Moi je leur dis toujours : à 6 ans, il faut que la grand-mère vous dise "qu'est-ce que tu nourris mal ton enfant, il a l'air tout maigre". » - Gaëlle N., généraliste

« Moi ce que j'aime bien avant les vacances, c'est de demander si je peux voir les grands-parents. S'ils ont envie. Moi je dis souvent à la famille : si les grands-parents ils ont envie de venir me voir pour avoir les consignes, il y a pas de souci, ou même qu'on fasse un entretien téléphonique. » - Ophélie C., endocrinologue

Eliot Freidson identifiait les médecins à des entrepreneurs moraux : en désignant un état ou un phénomène comme une maladie, ils opèrent tout autant un jugement moral qu'un religieux affirmant qu'il s'agit d'un péché, bien que cette dimension morale soit moins remarquée puisqu'ils s'adossent à une légitimité scientifique faisant consensus (Freidson 1984). Mais dans la conception d'entrepreneur de morale de Howard

Becker, les « croisés » ne sont pas des experts (Becker 1985). Il nous semble donc plus juste, concernant les professionnels de l'obésité pédiatrique, de parler de « professionnels de la morale familiale », c'est-à-dire d'un « groupe socio-professionnel dont le métier est défini explicitement par l'intervention sur la famille ou comporte une fonction plus implicite de régulation » (Darmon 1999, 15). Ils n'agissent ni en leur conviction personnelle privée, ni en tant qu'agents directs de l'Etat, mais car la production de normes et l'action sur les familles est une composante de leur profession. Le contexte de mise à l'agenda public de l'obésité comme « épidémie » a permis de justifier des interventions toujours plus larges (Lupton 2018) sur la vie des enfants obèses et de leurs proches, au point qu'il semble pertinent de parler d'une inflation moralisante²⁵ s'étendant à de vastes pans du mode de vie des familles, comme les relations parents/enfant, les principes éducatifs ou encore le rapport au temps.

La production et la diffusion normatives des professionnels s'adressent à des familles particulières, la prise en charge étant individualisée, mais débordent les cas

²⁵ Ce terme a été utilisé à une reprise, sans être défini ni théorisé, par Luc Boltanski dans le troisième chapitre de *Prime éducation et morale de classe*, sous-partie « Hygiène pastorienne et rapport au temps », à propos des horaires d'allaitement. Les professionnels de la puériculture

encourageaient à les effectuer à heure fixe selon un usage rationnel et ascétique du temps, malgré les désagréments de cette méthode (pleurs, bruit), au nom de l'intérêt supérieur de la santé du nourrisson.

cliniques pour constituer un discours plus général sur ce que devrait impliquer « bien manger » ou « être un bon parent ». Ils dénoncent des changements qu'ils perçoivent dans la société ces dix ou quinze dernières années : le « désinvestissement des parents » et leur « lâcher prise » (Anne P., diététicienne), la sédentarité accrue des enfants, le temps croissant qu'ils passent devant des écrans, parfois en grignotant, la diminution du temps consacré à la cuisine et aux repas en famille, la perte de « cadre parental » au profit de davantage de choix

offert aux enfants, etc., autant de raisons avancées pour expliquer l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile et son évolution vers des formes plus avancées qu'ils constatent.

« **Pour nous, le problème, il est éducatif** en fait. Avant toute chose, c'est un problème d'éducation à l'hygiène alimentaire. Tout simplement. **À l'hygiène de vie en général** parce que... J'ai un petit peu dit ça tout à l'heure, mais en fait tout ça c'est corrélé aussi avec le **manque d'activité physique et les temps d'écran qui explosent**. Nous, on a des enfants qui ont moins de 3 ans et qui passent leur temps sur les écrans. » - Sophie R., diététicienne

III. La nécessité d'une famille « motivée » et l'invisibilisation de ses conditions sociales de possibilité

A. Une réception variable et située socialement par les familles

L'énonciation des normes par les professionnels n'équivaut pas à leur mise en pratique (Darmon 1999, 9) : comment cette inflation moralisante est-elle reçue par les familles ? On peut différencier trois cas schématiques : la résistance, la négociation et l'adhésion. Bien entendu, le travail de transformation de soi et de ses pratiques est d'une intensité variable selon la position sociale de la famille : plus elle est populaire, plus ses pratiques et dispositions ont des chances d'être éloignées de celles que l'enfant doit acquérir dans la prise en

charge (Mennesson et al. 2019). Ainsi, si cette dernière n'est qu'une socialisation de renforcement pour un enfant de classe supérieure, elle représente une socialisation de transformation voire de conversion pour des enfants moins favorisés (Schlegel 2022).

I. Résistance. Certains parents s'investissent peu dans la prise en charge de leur enfant en surcharge pondérale, souvent en raison d'autres préoccupations

comme leurs propres problèmes de santé, financiers ou professionnels.

« Il y a un moment où **on faisait vachement attention**, on essayait de manger plus de légumes le soir. Mais là **c'est devenu un peu compliqué à gérer depuis deux ans**, parce qu'il y a deux ans mes parents ils ont acheté leur troisième affaire, leur **troisième commerce, du coup ça s'est pas du tout passé comme on voulait**. Et ils font énormément d'heures au boulot, et après mes sœurs et moi, on est toutes à l'école, donc niveau repas on a pas forcément le temps de faire à manger. » - Romane F.

Des réactions de résistance au changement ont fréquemment été rapportées en entretien : soit dès que le professionnel l'évoque, les parents disant tout de suite qu'il est selon eux impossible à mettre en place, soit durant les consultations suivantes, où il apparaît qu'il n'a pas été implanté. Les soignants rapportent des cas de parents donnant le « mauvais exemple » en venant en consultation une canette de soda à la main ou « addicts » aux écrans (Anne P., diététicienne), et donc mal placés pour limiter la consommation de leurs enfants.

« Il y a des parents qui disent "non mais ça, il pourra pas le faire", alors que en fait, peut-être que si. Mais **direct "ah mais non, ça il le fera pas."** » - Marion T., diététicienne

« De visu comme ça, [la réaction est] **rarement "mais vous nous faites chier"**, sinon ils seraient pas chez le médecin. Mais après, dans la mise en application... [...] Il y a des **résistances**, du coup, mais qui sont **pas verbalisées**, enfin, très rarement. C'est rarement verbalisé. Souvent, l'ado, ça va être "tu vois, je te dis j'ai pas le droit de boire du soda" et la mère dit "ouais mais tu me dis d'en acheter",

"mais t'as qu'à pas en acheter", bon bah voilà, ça c'est un discours classique qu'on a. Tout le monde est content qu'il y ait du soda et ils savent que c'est pas bien d'en avoir, mais **tout le monde reproche à l'autre** qu'il y a du soda parce que c'est la faute de l'autre. » - Sébastien D., généraliste

L'absence de changement est expliquée par la force de la routine et des normes concurrentes à celles sanitaires, notamment le plaisir (Fournier 2017). Il apparaît difficile pour les parents de concilier volonté de faire plaisir à leur enfant et préoccupation de stabiliser sa corpulence. La « fonction compensatrice » de la nourriture dans les milieux populaires (Hoggart 1981, 72) est soulignée par les soignants : faute de pouvoir partir en vacances ou payer des activités à leurs enfants le weekend, les parents leur offrent des bonbons ou des repas festifs (burgers, gâteaux) fortement associés aux bons moments passés en famille. Outre la distance aux normes nutritionnelles et l'hédonisme alimentaire, les classes populaires stabilisées se caractérisent également par une conception « négative somatique » de la santé les rendant moins susceptibles de donner du crédit à des recommandations qui leur apparaissent comme de la simple prévention s'ils ne perçoivent pas la surcharge pondérale comme une maladie en soi (Mennesson et al. 2019).

2. La négociation. Les parents peuvent également adopter une posture intermédiaire de « tampon » entre le professionnel de santé et l'enfant, négociant les recommandations des soignants à la baisse pour limiter les changements dans la vie de leur enfant. Ils oscillent entre l'envie d'une part d'agir pour la santé de leur enfant, d'autre part de lui faire plaisir avec des aliments qu'il aime, de lui laisser de la liberté et de s'assurer qu'il n'a pas faim. Ils alternent alors phases d'effort et de réconfort, comme si la conciliation du rôle maternel nourricier et de la dimension soignante était impossible (Keppens 2013, 304). Ils jugent les solutions proposées par les médecins difficiles à appliquer mais font preuve de « bonne volonté sanitaire », i.e. d'efforts de conformité à des normes de santé pourtant peu atteignables objectivement (Arborio et Lechien 2019b). Concernant l'alimentation, la « bonne volonté diététique » a l'inconvénient supplémentaire d'entraîner un sentiment de privation et de frustration en raison de la non-superposition des dispositions diététiques et gustatives dans les milieux populaires (Longchamp 2014).

« Les parents sont beaucoup dans **l'ambivalence** ! A la fois ils ont envie effectivement de mettre en place des choses et que leur enfant arrête de grossir, et à la fois ils ont vraiment du mal à dire non à leur enfant et quand... Ah oui, oui, ça, **ils sont très ambivalents**, les parents. Mais bon c'est normal hein, il y a des moments, **je les sens très**

motivés, et puis la fois suivante, quand je les revois, je sens que c'est compliqué à mettre en place quoi. » - Marine A., endocrinologue

« Mon médecin traitant était toujours dans ce truc de "il faut pas qu'il mange, il faut pas qu'il mange", et du coup **ma mère suivait un peu ces trucs, mais sans trop les suivre**, parce qu'elle voyait que je me dépensais énormément, et lui en fait il voulait vraiment que je suive cette satanée courbe de croissance, que ce soit en poids ou en taille, et lui il m'a fait vivre l'enfer quand j'étais petit. » - Ezra L.

3. L'adhésion. Ces familles acceptent le discours des professionnels de santé et font tout pour se plier aux recommandations. Elles sont saluées par les soignants pour leur investissement et leur motivation, en particulier lorsqu'elles sont défavorisées et donc perçues comme particulièrement méritantes. On peut relier cette attitude à des enjeux de respectabilité parentale (Le Pape et Plessz 2017) et à un souci de se distinguer des fractions les plus basses des familles populaires en refusant le « laisser aller » (Arborio et Lechien 2019b). Les soignants évoquent aussi une explication par l'expérience personnelle de l'obésité : des parents obèses ou l'ayant été font tout pour éviter à leurs enfants la même trajectoire, par exemple la chirurgie bariatrique.

« Il y a des **parents très très impliqués**. Je pense notamment à une maman, **ils vivent à l'hôtel, ils vont à la banque alimentaire** quoi, ils ont vraiment des tout petits revenus, ils sont dans la précarité et pourtant **elle essaie de faire des choses maison.** » - Anne P., diététicienne

Cependant, la majorité des familles adhérant pleinement au suivi et mettant rapidement en place des changements sont issues de milieux favorisés. Elles partagent les schèmes de perception du corps enfantin des médecins et leur croyance dans la possibilité d'agir par un travail volontariste sur celui-ci (Court et al. 2014). Le suivi est alors présenté comme facile car les parents sont très réceptifs et investis, et même « exigeants », l'apparence corporelle de leur enfant, voire sa minceur dans le pôle économique des classes supérieures, étant importantes à leurs yeux. Les goûts de leurs enfants sont généralement déjà proches de l'alimentation diététiquement correcte car ils y ont été socialisés dès petits, ils pratiquent davantage de sport. Leurs familles sont familières de la sphère médicale, réceptives et demandeuses de recommandations des professionnels de santé (Menesson et al. 2019).

*« Dans ce cas-là [les familles aisées socialement], les gens, **ils sont très motivés**, ils vont vouloir... Ils inscrivent l'enfant dans des activités physiques, ils limitent les écrans, ils changent l'alimentation. Et bien souvent **ça marche**, quand il y a une **attention parentale** à l'enfant. » - Pierre U., généraliste*

*[A propos de la prise en charge] « On a l'impression aussi qu'il y a une espèce, peut-être, pour les **patients d'un plus haut niveau social**, une **exigence de réussite** qui est assez importante hein, [...] **une exigence de performance**, qu'il n'y a pas chez des patients d'un niveau plus défavorisé. » - Sylvain K., généraliste*

Une difficulté supplémentaire est le nombre d'acteurs participants à la réforme alimentaire. Idéalement, il faudrait que l'enfant et toutes ses instances socialisatrices (les deux parents, la fratrie, éventuellement les grands-parents, etc.) convergent vers l'objectif, ou « **fassent bloc** » pour reprendre les termes d'Ophélie C., endocrinologue. Il arrive ainsi que des parents soient très volontaires mais qu'ils reprochent à l'enfant de manger en cachette ou de contourner leurs efforts. Une autre configuration fréquente est celle d'une mère plutôt investie et d'un père qui souhaite conserver les pratiques antérieures, mettant la première dans une posture de « double solitude », face aux soignants et au sein de la famille (Longchamp 2014). Les professionnels souhaiteraient que les principes alimentaires nouveaux s'appliquent aussi bien à l'enfant pris en charge qu'au reste de sa famille, notamment son père et sa fratrie, pour éviter que l'enfant ne soit mis de côté, frustré, ou soumis à la « tentation » de placards remplis de « chips, de gâteaux, de bonbons » (Marion T., diététicienne), mais ce n'est pas toujours le cas.

*« La seule chose, c'est que **l'adulte, parfois il peut être sa propre ressource**, l'enfant rarement. L'adolescent, il faut qu'il trouve sa place. Mais **l'enfant, on va avoir besoin de la ressource familiale**. On va avoir besoin à*

un moment donné de parler du **système familial**, parce que **si on a des parents qui ont des comportements alimentaires complètement déviants** et que finalement, eh bien eux-mêmes n'ont pas conscience de tout ça, on peut pas travailler avec l'enfant. **Il peut pas ramer à contresens**, quoi, ça marchera pas. »
- Sabrina V., diététicienne

« C'est pareil, je dis à la mère - parce que c'est globalement les mères qui viennent - bon ben par

exemple, "pour les courses, il y a des rayons, vous pouvez les éviter, des rayons sodas, les rayons bonbons. C'est que du superflu, vous êtes pas obligé de rentrer dans les rayons". "Ah bah oui mais **mon mari il en veut.**" "**Ben oui, mais votre mari, c'est pas bon pour lui non plus [rires] donc vous pouvez ne pas lui en acheter.**" "Ah ouais mais **ça va pas être possible.**" On sent que c'est compliqué. »
- Hélène E., généraliste

B. La motivation de la famille, un prérequis essentiel à l'action du soignant

La faiblesse des résultats des prises en charge médicales de l'obésité est principalement attribuée dans la littérature médicale à l'insuffisante compliance des patients (Daubigny 2004), qui résulterait de leur irrationalité (Fournier 2012). De fait, le soin consistant en grande partie dans des changements comportementaux mis en place par les familles, les résultats de la prise en charge pour obésité infantile dépendent lourdement du travail domestique de santé des parents (Cresson 1995) : préparer des repas adaptés, accompagner l'enfant à une activité sportive, dans les différents rendez-vous médicaux du Réppop, assurer son bien-être et sa santé mentale tout en entretenant sa motivation dans le suivi... Comme nous l'avons vu, les mères endossent la majorité de ces tâches dans la « division du travail de santé » (Arborio et Lechien 2019b). Lorsque ce travail ne correspond pas à celui

attendu par les soignants, ces derniers peuvent leur attribuer l'échec de leur intervention (Gracia-Arnaiz et Comelles 2014). Le manque de motivation des parents est cité dans de nombreuses thèses de médecine comme un des premiers, ou le premier frein à une prise en charge efficace (Culan et Senaffe 2018). 2/3 des pédiatres jugent « très importante » la responsabilité de la famille dans l'obésité, et presque ¾ celle de l'enfant lui-même (Franc et al. 2009). Les professionnels du Réppop regrettent le « peu de prise de conscience des parents » et leur « manque de motivation », les rendez-vous non honorés et les suivis arrêtés (Mattazzi 2019). Or les soignants estiment que l'investissement dans le suivi de toute la famille et de l'enfant est la responsabilité des parents.

« **Quand ils sont un peu plus petits, ça dépend de la motivation des parents**, là. Parce que c'est quand même les parents qui emmènent les enfants en consultation, c'est pas les enfants qui demandent à aller en consultation,

donc si les parents banalisent le problème... Toujours la question de la remise en cause des parents aussi, ça aide beaucoup. **Une maman qui va être hyper ouverte, qui va accepter toutes les remarques, ça va très très bien fonctionner. Une maman qui n'accepte pas, qui se sent jugée à chaque fois qu'on fait une remarque, ça va pas aller, du coup, elle va mettre en échec tout ce qu'on va proposer.** » - Cécile S., généraliste

Sophie R., diététicienne : « **Arrivé à un certain âge, en prépuberté, ça commence à être le discours "ben maintenant il est grand, il comprend, donc il faut qu'il se prenne en charge".**

Viviane J., diététicienne : "On lui donne de l'argent de poche mais **je peux pas contrôler ce qu'il va acheter avec.**" C'est très souvent aussi ce discours qu'on a.

S.R. : "Il sait qu'il faut qu'il grignote pas. Moi **je peux pas être derrière lui tout le temps.**" [rires] Il y a vraiment discours à un moment donné où les parents...

V.J. : Et "on peut pas ne rien acheter, **c'est à vous de faire ce qu'il faut faire avec lui, mais...**"

S.R. : "Il doit se débrouiller, il est grand, **motiver mon enfant**" [rires] ! »

En l'absence de changements des conduites sanitaires des parents, le sentiment d'impuissance des soignants peut aboutir à leur désinvestissement, et donc jouer un rôle dans la distribution des soins (Loretti 2021). Une famille plus investie profitera davantage du réseau : demande du suivi optionnel par une diététicienne, un psychologue, inscription de l'enfant aux séances de sport proposées pendant les vacances, ou simplement suivi du parcours jusqu'à son terme. Elle bénéficiera aussi davantage de l'investissement des soignants qu'une famille qu'ils perçoivent « pas

prête » ou « pas ouverte » à la démarche. Or, nous l'avons vu, être prêt à modifier son comportement et le transformer effectivement est plus facile et plus fréquent plus la famille est dotée socialement. L'importance cruciale de la « motivation » familiale dans la prise en charge creuse donc les inégalités sociales de santé et de corpulence.

Les professionnels se retrouvent pris dans un dilemme entre leur préoccupation pour la santé de l'enfant d'une part, et le consentement de la famille et de l'enfant d'autre part ; entre un abaissement de leurs normes de prise en charge et le « réalisme » d'une pratique ajustée à ce qu'il leur semble que les familles peuvent réellement mettre en place (Desprès 2017). Pour citer Aurore Loretti, « dans un contexte où l'on enjoint de plus en plus les soignants à personnaliser les prises en charge et les traitements se pose finalement la question "comment adapter sans discriminer ?" » (Loretti 2021).

[A propos de familles peu motivées dans le suivi] « Pour ceux que j'ai revus [il souffle]... Bon, **j'accompagnais le surpoids quoi.** En plus, à chaque consultation, c'était assez difficile parce que **je voulais pas culpabiliser les parents et pourtant, je... bon... J'avais besoin de réitérer des messages sanitaires, quoi. Mais ça marchait pas, peut-être je... probablement, je faisais mal, hein, je sais pas.** » - Pierre U., généraliste

« **C'est mon métier** de médecin de prévenir pour le surpoids. **Ils l'entendent, ils**

l'entendent pas, c'est pas grave, mais moi mon rôle c'est d'en informer. » - Cécile S., généraliste

L'obésité n'étant pas une pathologie létale à court ou moyen terme, il est rare que la prise en charge soit imposée aux familles, bien qu'il arrive qu'un suivi Réppop soit décidé par un juge des enfants ou enclenché suite à un diagnostic d'obésité importante par une PMI ou la médecine scolaire. Parce que la surcharge pondérale n'est pas perçue comme un grave danger imminent pour l'enfant, et parce que les soignants jugent qu'une prise en charge est quasiment impossible sans l'adhésion et la « motivation » des familles, la plupart des professionnels estiment qu'il faut attendre que celles-ci soient véritablement prêtes à changer leurs habitudes pour prendre en charge la surcharge pondérale de l'enfant, y compris lorsqu'ils pensent que le « manque de motivation » a pour origine une « souffrance psychologique » (Hélène E., généraliste). Certains l'expliquent par le caractère prioritaire du règlement de problèmes relationnels et/ou psychologiques, avant de travailler sur la surcharge pondérale qui en serait une manifestation.

« C'est ça aussi la psychologie, c'est : **pourquoi on décide de faire ou pas faire certaines choses.** Pourquoi un enfant va décider de trop manger et **de pas faire ce qu'on dit** au Réppop ? Tout ça, c'est pour moi **très psychologique**, c'est ce qui fait que... Il y a aussi l'effet des contraintes familiales, hein, on sait, il y

a tout un **noyau familial qui peut aussi l'empêcher** quelque part, mais ça reste aussi de la psychologie, hein, de la psychologie de groupe que je connais moi, mais il y a des parents on sait très bien qu'ils continuent à mettre de la mayonnaise sur table, et qui finalement vont **pas tellement s'engager** dans ce process de perte de poids. Et c'est aussi un **problème psychologique**, ça. **On peut se rendre compte que les parents ont pas forcément tant d'attention que ça envers l'enfant, s'ils sont capables de mettre de la mayonnaise ou autre sur la table, c'est que quelque part il y a quelque chose chez eux qui fonctionne pas.** » - Sylvain K., généraliste

« Déjà à **partir du moment où c'est imposé, ça marche pas**, clairement, **si l'enfant a pas envie**, il y trouve aucun intérêt, c'est comme tout, hein, à partir du moment où on voit pas son intérêt... Moi, souvent, c'est ce que je dis, d'ailleurs quand c'est les parents qui appellent pour les enfants, je leur demande "et qu'est-ce qu'en pense votre enfant ?" parce que pour moi, **c'est important que ce soit une demande de l'enfant.** » Delphine B., diététicienne

« Alors lui, malheureusement, je l'ai pas revu, **je pense qu'il est pas prêt.** Mais oui, lui il va banaliser, il va dire que tout va bien, alors qu'au final non, **c'est sûr qu'au fond, il en souffre. Mais il n'est pas prêt à parler de lui.** » - Cécile S., généraliste

Ainsi, alors que l'obésité représente pour les soignants une pathologie à part entière, sa prise en charge est complètement tributaire de la position des parents et de l'enfant à ce propos, ce qu'on retrouve rarement de façon si marquée pour d'autres maladies.

Sébastien D., généraliste : « Des ados qui viennent spécifiquement pour être suivis, alors j'en ai plein pour les troubles alimentaires restrictifs **mais là il y a une obligation de soins**, ça veut dire que **j'oblige les parents à faire venir leur ado.** Mais des ados obèses ou

en surpoids sévère, donc juste avant l'obésité, qui viennent que pour ça, j'en ai pas, hein.

Enquêtrice : Donc il y a pas d'obligation de soins pour le cas de l'obésité ?

S.D. : Alors **je devrais, parce que c'est une maladie chronique, mais même moi j'ai du mal à concevoir que ce soit une maladie chronique.** Mais je sais que c'en est une, et c'est très récemment que j'en parle comme ça à mes patients. Alors que bon dans toutes les études, c'est validé comme tel. Mais bon, être petit, on dit pas que c'est une maladie, sauf quand on est très très très petit et qu'on est susceptible d'avoir

soit des traitements, soit s'il y a plus de traitement bah une RQTH [reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé] et tout ça. **J'ai jamais fait de RQTH pour des obèses, sauf opérés, enfin si des obésités très très graves mais y a des obésités modérées qui ont quand même des conséquences sur la santé, bah on fait pas de RQTH, ils sont pas en ALD [affection longue durée], alors que pour des TCA restrictifs ils le sont direct. [...]** Donc c'est là où **on parle de maladie chronique, mais dans les faits, on les traite pas comme des maladies chroniques, vraiment.** »

C. Un cadrage individualisant de l'obésité

Bien que conscients des difficultés concrètes des familles suivies et de leur milieu social en général plutôt populaire, la lecture par les soignants en terme de « motivation » familiale met globalement de côté les logiques et contraintes sociales dans lesquelles celle-ci s'inscrit (Darmon 2015). Natalie Jovanovski parle de mères « vulnérable-empowered » pour désigner des femmes ayant de faibles revenus, reconnues comme vulnérables en raison de leur situation socioéconomique et de leur identité de genre, mais simultanément dépeintes comme des agents autonomes tenus de faire les « bons » choix alimentaires pour leurs familles (Jovanovski et Cook 2019, 109). Celles-ci acceptent ce cadrage dominant : elles parlent des obstacles structurels qu'elles rencontrent mais endossent tout de même l'amélioration de l'alimentation familiale comme leur responsabilité individuelle. Les

familles d'enfants obèses se voient attribuer un statut similaire dans mon enquête, perçues à la fois comme vulnérables – souvent de milieu défavorisé, faisant face à des difficultés (par exemple financières ou psychologiques), ayant besoin de l'accompagnement d'un réseau de professionnels de santé – et comme devant tout de même accepter et endosser la responsabilité de s'investir dans la prise en charge, de changer elles-mêmes de façon volontariste leur mode de vie, et par voie de conséquence la corpulence de l'enfant.

Les soignants du Réppop évoquent en entretien divers déterminants structurels de l'obésité infantile, marquant le fait que les parents n'ont pas toute la maîtrise de la corpulence de leurs enfants : l'éducation alimentaire et la place de l'activité physique insuffisantes à l'école, le contrôle déficient de la qualité nutritionnelle des cantines

scolaires, une offre alimentaire malsaine abondante et bon marché pensée à destination des enfants, l'implication des lobbys agroalimentaires dans les campagnes de santé publique et leur « publicité mensongère » dont les allégations nutritionnelles ne sont pas assez régulées par l'Etat, la valorisation sociétale et médiatique de la minceur contribuant aux TCA des jeunes (Anne P., diététicienne, l'appelle la « société du régime et de la maigrissologie »), un mode de vie sédentaire où « tout va très vite ». Quelques professionnels ont également parlé de l'obstacle que constituait la précarité (Carde 2020), par exemple lorsque les parents travaillent durant les vacances et le weekend et que les enfants restent seuls chez eux devant des écrans.

« Il faudrait qu'on pousse davantage les industriels à moins produire de merdes, notamment pour les enfants. Quand je vois les céréales petit-déjeuner pour enfants, je me dis "mais y a rien de pire", je me dis "mais comment on peut donner ça à manger aux enfants ?" en fait. C'est des bonbons, c'est comme si tu leur donnes un paquet de bonbons le matin, et ça, ça devrait être interdit en fait. » - Delphine B., diététicienne

La responsabilité du système de santé lui-même est parfois mentionnée : le fait que les généralistes n'ont pas le temps de parler de la corpulence en consultation ordinaire, l'insuffisante formation initiale sur l'obésité infantile, les consultations pas ou pas assez remboursées par l'Assurance

maladie et les mutuelles, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste, les praticiens grossophobes qui conduisent les personnes obèses à ne plus faire confiance au corps médical, ceux encourageant des comportements alimentaires permettant de perdre du poids à court terme mais dangereux à long terme.

*« Aujourd'hui, il y a quand même **aucun moyen de prise en charge réelle de l'obésité**, qui est quand même une pathologie. Ça veut dire que les patients, ils viennent, ils paient eux-mêmes leur consultation. Donc **si on voulait une vraie prévention de l'obésité, il y aurait des choses à faire** qui seraient efficaces : faire suivre les gens, c'est efficace, ça fonctionne. » - Céline M., diététicienne*

Mais malgré cette conscience d'enjeux structurels et un discours souvent explicitement « déculpabilisant » face aux parents, les soignants attendent d'eux qu'ils essaient de dépasser ces obstacles. Les familles ne sont peut-être pas pleinement coupables, mais elles sont responsables. Ainsi, s'il y a un « business des nutritionnistes », les personnes obèses ne doivent pas tomber dans ce piège ; si les enfants réclament des aliments ultra transformés, les parents ne doivent pas « lâcher l'affaire » (Anne P., diététicienne) et continuer de leur proposer des aliments sains ; si les familles n'ont pas le temps, elles doivent s'organiser pour le trouver ; si elles n'ont pas les moyens d'acheter des produits sains, elles peuvent trouver des produits bruts peu chers et les cuisiner elles-

mêmes ; si la prise en charge institutionnelle de l'obésité infantile n'est pas optimale, ce sont surtout les familles qui ne se saisissent pas de ce qu'on leur propose. Pour donner un exemple, des diététiciennes ont reconnu en entretien que les fruits et légumes représentent un certain coût, mais pensent que les familles populaires pourraient se les offrir puisqu'elles achètent des chips et soda « de marque », ou ont fait remarquer qu'ouvrir un bocal de haricots verts est plus rapide que faire cuire des pâtes.

« C'est un business des nutritionnistes, des **médecins nutritionnistes**, qui se disent nutritionnistes, bon, il y en a certains qui ont été condamnés là pour **publicité mensongère** et tout ça. Mais **c'est aussi parce que ces patients-là, ils ont pas la motivation, pour moi, de sortir de ce modèle-là**, alors que bah ils l'utilisent depuis 10, 15 ans et **ils voient bien que ça marche pas.** » - Sébastien D., généraliste

« Alors je les reçois tard, mais **je pense que c'est pas un problème d'orientation ou de place** dans la santé publique. Je pense que c'est un problème d'être prêt et d'initier le changement. » - Marine A., endocrinologue

« **Les mères ont quand même leur part de responsabilité** car hélas encore dans notre société, ce sont celles qui font le repas. Donc après, est-ce que c'est qu'elles ont eu un certain nombre de reproches, "encore des légumes ?", et donc **elles en ont marre d'avoir des reproches** donc elles font autre chose que des légumes, un plat qui ne contrariera personne. Et donc **elles ont leur part de responsabilité à rentrer dans ce jeu-là**, je pense. » - Hélène E., généraliste

Ce faisant, les professionnels occultent les conditions sociales de possibilité des

conduites qu'ils promeuvent, loin d'être universellement atteignables (Cairns et al. 2013) mais basées sur le mode de vie et les dispositions sanitaires et alimentaires des classes moyennes et aisées. Par exemple, laisser ses enfants faire de l'activité physique et jouer dehors plutôt que rester chez soi devant des écrans n'est pas possible dans tous les quartiers (Fullagar 2008). En se focalisant sur un cadre individuel, ou plutôt familial, les soignants peuvent ainsi provoquer, plus ou moins involontairement, un fort sentiment de honte et de culpabilité chez les parents d'enfants obèses qui ne parviennent pas à appliquer les principes qu'ils reconnaissent comme légitimes.

« Il y a eu des gens [médecins] très bien et il y a eu des gens absolument affreux. Il y a eu énormément de culpabilité vis-à-vis de la nourriture, et **énormément de culpabilité sur mes parents** je sais, c'est-à-dire en leur disant **qu'ils faisaient très mal manger, que c'était pas des bons parents** etc., **que ça allait détruire ma vie**, c'est quelque chose qui est beaucoup ressorti. » - Théo V.

Ce cadre individualisant peut se comprendre par le fait qu'à son échelle, un soignant ne peut agir que sur des cas particuliers, et notamment sur les comportements familiaux. Puisque les professionnels de santé ne peuvent attaquer les causes profondes des pratiques des familles, « les obstacles sociologiques à l'acceptation et à l'observation des prescriptions et des normes relatives à

l'alimentation [sont] souvent perçus comme des obstacles psychologiques » (Grignon 2015, 8). Plus l'explication sociologique dévoile des déterminismes puissants, plus les possibilités d'action d'un soignant sont limitées.

Mais ce cadrage individualisant n'est pas que celui de soignants isolés, ni même d'un réseau pédiatrique légitime, mais est largement partagé par l'action publique concernant l'obésité infantile. Les parents sont aujourd'hui conçus comme les responsables des réussites comme des échecs de leurs enfants en tant que vecteurs premiers de leur socialisation ; on attend d'eux qu'ils acquièrent toutes les compétences nécessaires pour garantir leur bien-être et leurs performances futures. Dans le paradigme de la parentalité, ce n'est plus « toute une génération d'adultes et d'institutions d'une société » qui est collectivement responsable de la socialisation des enfants, mais spécifiquement les parents de ceux-ci, tout se jouant dans leur capacité à mettre en place les bonnes pratiques parentales et à écouter les experts les informant de celles-ci (Martin 2020). Les politiques familiales ne visent ainsi plus seulement à contrôler les familles mais à développer leur *empowerment* et leurs propres compétences réflexives sur leurs pratiques (Déchaux et Le Pape 2021). Or blâmer les

problèmes de santé sur une responsabilité individuelle ou parentale contribue à dépolitiser les enjeux de santé publique (Fournier 2017). Bien que les déterminants structurels de l'obésité infantile sont connus et reconnus, la réponse politique reste individualisante, reposant sur l'idée qu'il revient aux individus d'adopter les comportements sains (Bossy 2010 ; Bergeron et al. 2019). L'influence des lobbys agroalimentaires parvenant à empêcher des politiques centrées sur l'offre alimentaire a été montrée (Bouabal 2019 ; Benamouzig et Cortinas Muñoz 2022), mais c'est aussi l'Etat que ce cadrage permet d'exonérer de sa « responsabilité dans la création de l'enfant obèse » (Davis et al. 2018).

Cette réponse politique et médicale basée sur la correction de comportements individuels dangereux pour la santé est finalement à la fois peu efficace quant à la réduction de la prévalence de l'obésité infantile, creuse les inégalités sociales de santé et encourage culpabilité chez les parents et TCA chez les jeunes, en diffusant l'idée qu'ils sont pleinement responsables de leur état de santé et de leur corpulence.

« Il paraît que ça a eu l'effet inverse [les campagnes de prévention de l'obésité]. C'est quelque chose que les parents disent souvent : "ah oui, les légumes, 5 fruits et légumes par jour, voilà, on nous rabâche avec ça"... C'est vrai, j'en parle pas beaucoup, moi, avec mes patients, de ça. J'ai l'impression que ça a parfois aussi un

peu pu **augmenter la culpabilité des parents** en disant "**si mon enfant est gros, c'est parce qu'il mange pas 5 fruits et légumes par jour**", quoi. Voilà. **Encore la stigmatisation de se dire s'ils sont gros, c'est parce qu'ils bouffent mal, et ils ont qu'à bien bouffer et puis ça va, quoi.** »
- Marine A., endocrinologue

« En fait ce qu'il s'est passé, c'est que j'ai été internée un an en clinique psychiatrique du coup, pour mon anorexie, parce qu'à ce moment c'était plus de l'anorexie. Quand je suis sortie, j'ai fait de la boulimie, du coup. Là, à ce moment, **je suis pas retournée à l'hôpital, parce que j'avais pas envie qu'on voit que j'avais grossi... enfin, que les médecins sachent que j'avais repris beaucoup de poids.** »
- Romane F.

Alors que l'obésité infantile est reconnue officiellement comme pathologie chronique, les inconnues autour de son origine, ses effets relativement faibles dans l'immédiat sur la santé des enfants et la nature et l'organisation de son traitement médical contribuent à l'inachèvement de sa médicalisation. Plutôt qu'une maladie à part entière, elle continue à être perçue comme une question morale ou esthétique, résultant d'un style de vie hédoniste et déviant éloigné des pratiques légitimes définies par les classes supérieures, et en particulier par des professionnels de la morale familiale comme les professionnels de santé. L'action des soignants du Réppop

oscille entre d'une part déculpabilisation des familles et mise en avant de déterminants de l'obésité en dehors de leur maîtrise, et d'autre part responsabilisation de celles-ci qui doivent montrer de la motivation et une volonté de changement. La prise en charge dépend grandement de l'investissement des familles, redoublant les inégalités sociales de santé en faisant reposer le plus grand travail domestique de santé sur les personnes pour lesquelles celui-ci est le plus difficile à mettre en place, en raison de dispositions et de pratiques éloignées de celles attendues par les soignants, et de conditions matérielles d'existence compliquant leur mise en place.

Troisième partie. Prise en charge légitime, prises en charge déviantes

I. Le degré de contrôle légitime

Après avoir montré l'organisation du dispositif, la configuration de soin et la façon dont la prise en charge est conçue et perçue, il reste à explorer le contenu normatif porté par celle-ci : quel degré de contrôle, quelle temporalité, quels buts et moyens sont définis comme légitimes par les soignants, et lesquels comme déviantes ?

Le contrôle social exercé par les professionnels de santé sur les familles vise à ce que les parents mettent en place eux-mêmes un contrôle sur leur enfant, et le fassent de la façon promue par les soignants. Plusieurs formes de déviance apparaissent dans le discours de ces derniers.

A. Les parents n'exerçant pas assez de contrôle

L'attitude déviante la plus fréquemment évoquée par les soignants est celle des parents ne faisant pas preuve de suffisamment de contrôle : sur l'enfant, sur leurs habitudes de vie, sur leurs appétits. Elle se retrouve le plus à propos de familles populaires qualifiées par les soignants comme se laissant aller, manquant de contrôle de soi ou de rationalisation de leurs conduites, autant de dispositions sociales fortement valorisées dans les classes moyennes et supérieures.

« J'ai aussi eu un papa qui donnait des biberons dans la nuit à son enfant, et je lui disais - c'est un papa turc - et je lui disais "mais non, mais là, il faut arrêter". Il me disait "mais non, mais moi je peux pas dire non à ma fille". Si ! Il va falloir

***apprendre à dire non à votre fille.** Et là je me suis rendue compte qu'effectivement, il allait y avoir **autre chose que l'alimentation à travailler.** » - Marine A., endocrinologue*

Les familles sont incitées à se détacher de représentations et de pratiques associées aux milieux populaires, comme faire ses courses plusieurs fois par semaine voire tous les jours, de façon « pas organisée », selon un « achat plaisir » opposé à celui planifié à l'avance par une liste de courses (Sophie R., diététicienne). Plusieurs soignants décrivent un rapport populaire à l'alimentation infantile tel que décrit dans la sociologie de l'alimentation, où les parents souhaitent faire plaisir à l'enfant et montrer qu'ils sont capables, malgré des difficultés

financières, de lui offrir des produits « de marque » (Régnier et Masullo 2010), en particulier des sodas et gâteaux. Selon les soignants, ces familles manquent de discipline, ne veulent pas imposer trop de contraintes aux enfants pour qu'ils « profitent tant qu'ils le peuvent » (Hoggart 1981, 91). Les professionnels tentent de les convaincre que les enfants ont au contraire besoin dès petits d'un « cadre ».

« Aujourd'hui, on a plus de problèmes avec des parents qui ont **du mal à tenir un cadre et à penser que la limite permet la construction du psychisme** que l'inverse. » - Gaëlle N., généraliste

« On voit qu'entre deux vacances - **à l'hôpital de jour tout va bien** et tout, ils [les jeunes hospitalisés en raison de leur obésité] arrivent à pas trop grignoter comme ils sont obligés de se lever le matin, ils se couchent plus tôt aussi, le rythme est mieux pris - mais **dès lors qu'ils sont chez eux, s'il y a pas de cadre parental**, si en plus c'est un coup chez papa, un coup chez maman... Et puis **ça se décale complètement** pendant les vacances et puis **il y a à nouveau du grignotage et à nouveau du fast-food.** » - Anne P., diététicienne

Il ne s'agit pas seulement de modifier les pratiques des familles mais, plus en profondeur, leurs dispositions sociales. En effet, les soignants ont pour objectif de faire intérioriser aux parents et enfants un autocontrôle, une capacité d'introspection. Ceux-ci doivent apprendre à mettre en place des règles de façon autonome, concernant l'alimentation et d'autres aspects de leurs vies, plutôt que seulement appliquer des recommandations exogènes

que les professionnels leurs dicteraient. L'attention à sa satiété, par exemple, demande d'être à l'écoute de ses signaux corporels et capable d'autocontrôle, pour manger lentement et s'arrêter dès qu'on est repu (Darmon 2010).

« **Ça m'arrive de donner des recettes si on m'en demande.** Mais clairement, la meilleure manière de changer ses habitudes, c'est de partir de ses habitudes. **Je leur établis jamais une semaine de menus** pour qu'ils fassent ça ou ça, parce que c'est ridicule, je veux dire, c'est comme un régime, c'est-à-dire qu'à un moment donné, il y a un début, il y a une fin, et puis je fais quoi après ? [...] L'idée c'est, en partant de ce qu'ils ont l'habitude, de voir bah comment on aurait pu améliorer, et donc **de leur donner à eux-mêmes la capacité d'analyser**, en fonction de tout ce qu'on aura vu, ce qu'ils auront appris, et **d'arriver eux-mêmes à trouver des solutions** pour que, du coup plus tard, après, **ils aient plus besoin de moi et qu'ils soient autonomes.** » - Delphine B., diététicienne

Cette vision repose sur une représentation de l'enfance typique des classes supérieures, où l'enfant manque naturellement de *self-control* et peut devenir la proie de tentations extérieures : il faut donc lui apprendre dès petit à réguler ses sensations, éduquer son goût et gouverner son propre corps par « contrôle interne » (Mathiot 2014).

« Je leur dis "**chaque année tu dois regoûter** chaque légume. Tu dis ok, je regoûte la carotte, alors déjà tu la goûtes crue et cuite, enfin voilà deux fois tu goûtes les carottes, et puis ok tu goûtes, t'aimes pas ? Tu peux dire ok cette année j'aime pas les carottes crues. Mais **tu recommences.**" Parce que mon grand [son fils collégien], **il aimait pas les courgettes**, enfin tout ce qui était vert c'était horrible, c'était phobique, et puis bah le jour où on a fait une tarte

à la courgette et que c'était sa tarte préférée, bon bah **c'est bien qu'il ait continué...** Enfin je pense que c'est ça, **il a continué de nous voir manger des légumes**, et de toute façon c'est

aussi l'avantage de l'adolescence [rires], c'est qu'ils ont faim, donc **s'il y a que ça à manger, il va se faire une raison. Et finalement ils ont re-aimé.** » - Hélène E., généraliste

B. Les parents exerçant trop de contrôle

Cependant, ce n'est pas n'importe quel contrôle ou n'importe quel niveau de contrôle que promeuvent les professionnels du Réppop. Les parents ne doivent pas devenir des geôliers ; les soignants insistent sur l'importance de maintenir un plaisir collectif à manger, de la convivialité et de l'absence de conflits ou tensions durant les repas, et du fait que l'enfant ne se sente pas réduit à la préoccupation de ses parents concernant sa corpulence. Les parents ne doivent donc pas répercuter leur stress autour de l'alimentation sur leur enfant en lui imposant des règles rigides. En particulier, puisqu'un des objectifs du suivi est que l'enfant apprenne à être en phase avec sa satiété, il est important que le contrôle du parent ne contrecarre pas ces efforts.

« Avant tout, [la priorité] ça serait chez les parents un peu. Parce qu'en fait l'enfant, une fois qu'il a compris qu'il fallait **qu'il écoute sa faim, son rassasiement, qu'il apprenne à sentir quand il a plus envie, le problème, c'est que s'il a pas accès aux aliments ou si on le force à finir son assiette, il peut pas respecter ses sensations, ça sert à rien.** Enfin du coup on va être coincé aussi quoi. S'il est **obligé de manger en cachette** ou d'aller chez mamie pour avoir le gâteau ou d'aller à la boulangerie... Parce qu'en fait, **ils trouvent toujours une**

solution, les enfants, quand ils ont envie de manger quelque chose [rires], mais par contre, il y a de la culpabilité. Je trouve que **le travail au final, des fois il est plus avec les parents qu'avec les enfants. Et puis moi, souvent, ça m'arrive quand même de voir qu'en fait les parents, enfin la maman souvent, malheureusement, a un trouble du comportement alimentaire.** » - Séverine L., diététicienne

La plupart des parents jugés comme exerçant un contrôle excessif et néfaste sur leurs enfants font partie des classes supérieures et du haut des classes moyennes. Les entretiens avec les soignants du Réppop présentent des prises de position semblables à celles des professionnelles de PMI étudiées par Delphine Serre, qui désignaient les parents des classes dominantes comme « anxieux, exigeants, pointilleux pour leurs enfants » et comme les réprimant excessivement, conduisant à ce qu'elle désignait comme des enfants « repliés » (Serre 1998). Enseigner à l'enfant dès petit à acquérir les goûts légitimes, la « diététique faite corps » caractéristique des classes moyennes et supérieures, passe en effet par une grande attention à toutes les prises alimentaires des enfants (Longchamp 2014). L'alimentation, le sport et, à travers eux, le

contrôle de la corpulence participent de dispositions sociales à l'ascétisme et au contrôle de soi. Une enquête des années 1970 sur la socialisation primaire indiquait déjà « le temps consacré au goûter de seize heures, la quantité de nourriture mangée » dans la même énumération que les heures du lever et du coucher ou le temps consacré au travail scolaire et au loisir, tous ces éléments précisément contrôlés par les parents de classes moyennes démontrant leur « inquiétude angoissée » et leur souci de « modeler dans les enfants un ethos de la conformité » (Liénard et Servais 2022 [1978]). La constitution de l'obésité infantile comme un enjeu de santé publique semble causer le plus d'anxiété aux mères de classes moyennes, à l'image de Caroline, préférant que sa fille ne mange pas de dîner plutôt qu'elle mange des aliments qu'elle percevait mauvais pour sa santé, là où les mères de classes populaires démontrent davantage de distance à ces injonctions (Wright et al. 2015).

« Quand j'étais petite, je pense que j'avais des parents et une grand-mère qui étaient très inquiets que ma sœur et moi, on soit grosses. Ma sœur fait pas grosse. Mais c'était un peu une **phobie familiale**. [...] J'ai réalisé que j'étais en surpoids quand - que c'était pas normal - au début de ma socialisation familiale sur des choses, où on pouvait me dire "t'es sûre que t'as encore faim ? **Tu veux vraiment te resservir ?**". Ou avant d'aller à des anniversaires, ma mère elle me disait toujours "**tu manges pas trop de bonbons !**", "c'est un anniversaire maman !" Il y avait un peu une **culpabilisation tout le temps de mon**

comportement alimentaire, je voyais bien que c'était pas normal. » - Chloé B. (parents chefs d'entreprise)

« Je vais voir ça chez les nouveau-nés, où les **parents vont être beaucoup trop stricts avec l'alimentation des nouveau-nés, ils vont faire beaucoup attention** et du coup on a la **dénutrition des enfants**. Parce qu'ils leur donnent **pas assez de gras, ils bannissent le sucre**, pas méchamment, mais **ils les sous-alimentent parce qu'il y a toutes les informations de la mauvaise nourriture**, ils adaptent les règles de diététique de l'adulte à l'enfant alors que l'enfant a son propre régime alimentaire qui n'est pas le même que l'adulte, ils ont pas les mêmes besoins. Donc on a plutôt l'effet inverse chez les petits **dans les familles aisées**. [...] Jusqu'à 6-7 ans, on voyait les enfants qui peuvent vraiment être **sous-alimentés... enfin très, très maigres** et on le dit aux parents, qu'il faut y aller. Et les parents parfois, **c'est difficile de leur faire admettre ça**. » - Cécile S., généraliste

En effet, les parents de milieu aisé ne sont pas susceptibles d'exercer un fort contrôle alimentaire seulement lorsque leur enfant est en surcharge pondérale : ils peuvent le percevoir comme en surpoids alors qu'il est de poids normal selon l'IMC, leurs normes de corpulence étant plus basses que les médicales. Les soignants se retrouvent à devoir les convaincre d'être moins inquiets de la corpulence de leur enfant et de ne pas lui imposer de « multiplier les rendez-vous » médicaux (Nicole Y., psychologue).

« **On m'a fait prendre conscience que j'étais déjà en surpoids alors que je l'étais pas forcément**. Très tôt. [...] Alors c'était des... **Ma mère...** Comme je faisais un sport de combat qui demandait en fait de surveiller son poids en général, ma mère me faisait quand

même assez savoir souvent **si je faisais telle chose au niveau de l'alimentation, j'allais prendre du poids** et du coup j'allais être moins en forme. » - Eva H. (classes supérieures)

« Je trouve que, paradoxalement **dans les classes socio-économiques un peu plus élevées** où l'obésité est peut-être perçue plus vite ou en tout cas plus négativement, on a **l'effet inverse** avec du coup **des gens qui nous adressent des enfants pour excès de poids, qui sont pas en excès de poids** pour le coup. Et on les récupère, j'en ai deux comme ça où on les récupère 3-4 ans après avec des TCA dans l'autre sens [i.e. restrictifs], donc... » - Ophélie C., endocrinologue

Les effets possibles des programmes de prévention et de prise en charge de l'obésité dans le développement de TCA restrictifs ont été démontré (O'Dea 2005 ; Kansra et al. 2021). Ces enfants de classes aisées, encouragés à être très attentifs à leur corpulence, sont d'autant plus susceptibles d'en être victimes, en maintenant ce travail volontariste sur leur corps, d'abord encouragé par leurs parents, même une fois revenus dans la fourchette de corpulence valorisée par ceux-ci (Darmon 2008). La majorité des professionnels du Réppop y sont très attentifs, certains gardant en tête des patients de classes supérieures qu'ils ont suivis par le passé, qui subissaient une forte pression parentale et qui ont fini hospitalisés pour TCA à l'adolescence²⁶.

« Ça **c'est connu**, effectivement, c'est pour ça qu'on essaie de **prendre des pincettes** quand on entend des problèmes de poids. "C'est pas grave, tu as dévié de ta courbe mais tu peux revenir en arrière". On essaie vraiment d'être rassurants et de **pas mettre en place des choses trop drastiques**, parce que **si on est dans l'hyper-contrôle et dans quelque chose de trop rigide, on peut entraîner après des problèmes de troubles du comportement alimentaire.** » - Sylvain K., généraliste

Une autre forme de contrôle réprouvée par les soignants est celle consistant à imposer des contraintes rigides plutôt que modulées, extérieures à l'enfant plutôt que de lui apprendre à intérioriser un autocontrôle. Par exemple, mettre physiquement des verrous sur les placards pour que l'enfant ne mange pas en dehors des repas, ou ne plus jamais acheter de soda ou de bonbons plutôt que d'apprendre à l'enfant que ceux-ci sont réservés à des occasions particulières. Plutôt qu'un trop grand investissement des parents, c'est bien ici un désinvestissement de ceux-ci qui est critiqué : ces pratiques sont perçues comme une solution de facilité, un « tout ou rien » qui évite aux parents de devoir consacrer beaucoup de temps à réfléchir à la question et à communiquer avec l'enfant. Cette forme de contrôle est, elle, associée à des familles

²⁶ Eva H. et Chloé B., citées dans cette sous-partie, sont devenues anorexiques à l'adolescence.

défavorisées au « cadre éducationnel » défaillant.

« Le plus jeune a 8 ans, donc ils mangent séparément. Il se sert dans les placards, si bien qu'ils ont mis des verrous, des **codes au placard et au frigo** chez eux et qu'il y a que la grande sœur qui a accès aux placards. Donc le gamin, **dès qu'il y a un placard qui est oublié d'être verrouillé par contre, il se jette dessus** quoi. [...] **Il faut parfois retenir les parents parce qu'ils vont parfois trop**

loin, les parents. L'histoire des verrous, ils l'avaient fait avant de venir me voir, moi **j'ai essayé de les lever ces verrous**, ce qu'ils ont pas du tout fait, ils maintiennent hein, mais en gros **les parents parfois justement, c'est eux qui vont être restrictifs**, à l'inverse. S'ils mangent des glaces tous les jours et je leur explique que les glaces ça devrait être plus exceptionnel et tout, "ah bah **on a préféré tout enlever. Il y a plus de glace à la maison, comme ça on est tranquille**". » - Anne P., diététicienne

C. Trouver le juste milieu en tant que soignant

Le parent idéal durant la prise en charge serait donc celui qui parvient à aider son enfant à s'auto-réguler, ayant trouvé un équilibre entre attention à son enfant et à ses pratiques et contrôle trop offensif le privant de plaisir ou de liberté de choix (Patico 2020). Mais les soignants eux-mêmes doivent également trouver un équilibre dans leur activité : guider les familles mais ne pas leur donner d'injonctions rigides, améliorer l'état de santé physique de l'enfant sans risquer sa santé mentale, adresser la question de la surcharge pondérale sans stigmatiser les familles, encourager la prise en charge sans culpabiliser ou blesser les parents... Ils sont conscients de la stigmatisation qu'ont souvent subi leurs patients à cause d'autres professionnels de santé, et essaient de rétablir leur confiance dans le corps médical.

« Un **poids d'équilibre qui serait au-dessus de l'IMC idéal, mais après tout, pourquoi pas ?** Enfin, si on le vit bien, s'il y a pas de problème de santé, pourquoi pas être avec un IMC à 26 ? Si c'est bien vécu par la personne. Sauf qu'il continue d'y avoir une **grosse stigmatisation, une grossophobie médicale importante**. » - Anne P., diététicienne

« C'est quand même extrêmement intrusif [comme prise en charge]. Donc ça demande quand même d'être **rassurés**. Les patients, ils arrivent souvent quand même... Enfin pas les nôtres, parce que **nous, on est gentils [rire]**, mais quand même, **souvent nos patients ils arrivent avec des histoires d'humiliation**. Surtout quand les parents sont eux-mêmes obèses, ils ont vécu beaucoup d'humiliation. Donc ils arrivent sur un long parcours d'humiliation et **ils ont aucune envie de remettre leurs enfants là-dedans ? Ben, sans blague ! C'est même plutôt rassurant**. Donc il faut déjà qu'on puisse **montrer patte blanche**. » - Gaëlle N., généraliste

Mais simultanément, les soignants estiment qu'il est de leur devoir de prendre en charge l'obésité infantile et que la solution ne peut se situer dans le fait de ne plus faire de remarques ni encourager à des modifications de leur hygiène de vie les

patients, comme le font certains de leurs collègues.

« Moi j'en ai parlé aussi avec des médecins qui sont autour de moi, ils sont **hyper gênés de savoir comment on parle du poids**. Donc, du coup il y en a qui **préfèrent ne pas en parler** parce qu'ils savent plus comment ils peuvent en parler **par peur de blesser, mais d'un autre côté de pas en parler, c'est pas non plus forcément une solution.** »
- Séverine L., diététicienne

« En situation vraiment d'obésité, c'est un peu un **numéro d'équilibriste** quoi, parce que je veux pas les culpabiliser. **Mon objectif, c'est qu'ils reviennent, c'est de pas rompre la relation** parce qu'alors là, c'est une situation d'échec pour eux comme pour moi. Et donc j'essaye de **valoriser tous les petits éléments positifs**. Si l'enfant il a pris que 0,5 points d'IMC en 3 mois, ben je dirais "ben voilà, c'est bien, il a ralenti sa prise de poids", **j'essaie de valoriser ce que font les parents**. Je souligne pas ce qu'ils font pas... **Je suis jamais culpabilisant**. Ça, ça me semble capital hein, parce qu'alors là, autrement on va à la catastrophe quoi. » - Pierre U., généraliste

Pour reprendre les termes de Sébastien D., généraliste, « le mieux est l'ennemi du bien » dans la prise en charge pour obésité infantile : la posture présentée comme idéale est celle d'un soignant compréhensif, laissant des marges de manœuvre à l'enfant en suggérant des « règles flexibles »,

priviliégiant le bien-être de la famille plutôt que des objectifs exigeants, voire préférant le maintien dans un léger surpoids plutôt que le risque de faire tomber l'enfant dans des TCA et/ou de dangereuses variations de son poids. Cette posture professionnelle du « juste milieu », ni dans l'excès ni dans l'insuffisance de contrôle (Serre 1998, 123), se retrouve particulièrement dans deux trajectoires de carrière différentes : chez des professionnels déjà expérimentés, qui expliquent avoir peu à peu évolué vers ce type de pratique après des difficultés et des échecs avec leur méthode initiale, et chez des soignants nouvellement formés très investis dans la question de la surcharge pondérale.

« Peut-être que **j'étais peut-être un peu plus cash il y a quelques années**, que je le suis quand même moins maintenant, parce qu'aussi, je m'aperçois que **sinon, je perds mes patients si je leur en parle de manière trop cash** [rires], donc j'y vais moins... **j'y vais plus mollo**. Quand j'étais jeune médecin installée, j'avais des paillettes dans les yeux, en me disant que voilà, il fallait faire comme ceci comme cela, et au bout d'un moment on comprend bien que c'est **plus compliqué que ça**. » - Stéphanie F., généraliste

II. La temporalité légitime

A. Une surveillance précoce et systématique via la courbe de corpulence

Selon les professionnels, la prise en charge de la surcharge pondérale devrait idéalement commencer le plus tôt possible, grâce à un dépistage précoce à l'aide du carnet de santé. Historiquement, celui-ci a été adopté par les médecins français progressivement durant le XIX^e siècle, et par les familles de façon plus lente et socialement différenciée – peser un enfant était alors perçu comme pouvant lui porter malheur, et les médecins chargèrent les « mères des classes intelligentes de la société de combattre ce préjugé ridicule chez les autres » (Fonssagrives 1868). La ligne de la courbe de poids, « thermomètre vital par excellence », en est venue à résumer et symboliser le niveau de santé des bébés, ses déviations devant inquiéter pédiatres et parents, et à servir plus globalement d'« outil de gestion de la santé des populations » (Rollet 2008, 286). Les politiques de santé publique s'adosent aujourd'hui encore à cette technologie de soi pour faire des parents des « entrepreneurs » de la corpulence de leurs enfants (Foucault 1982).

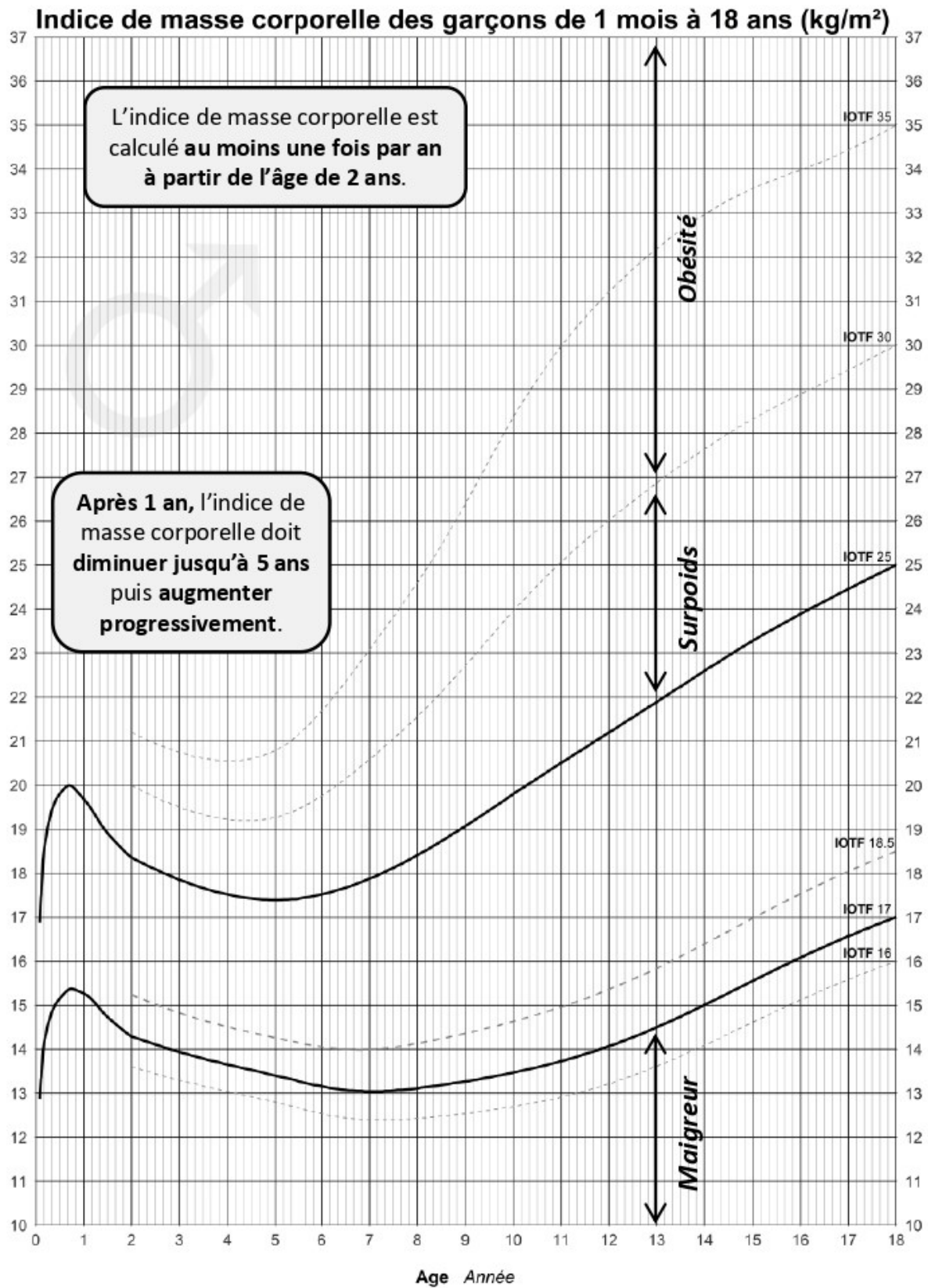
Les médecins du Réppop insistent sur l'importance de peser, mesurer et remplir fréquemment, voire systématiquement, la

courbe de corpulence de tous les enfants pour repérer les « changements de couloir » et les rebonds d'adiposité précoces, au-delà du simple calcul de l'IMC. Ils déplorent que certains généralistes et pédiatres le fassent peu.

« Je les pèse, je les mesure, à chaque consultation [ton insistant]. Je les pèse même quand ils viennent pour une urgence, alors pas... Quand je vois qu'il y a pas de poids récent, quoi, quand il y a pas de poids depuis plus de 6 mois, je les pèse. » - Stéphanie F., généraliste

Les professionnels estiment que plus un diagnostic est réalisé tôt – c'est-à-dire à la fois chez un enfant jeune, et au début de la trajectoire de surcharge pondérale – et plus la prise en charge sera efficace. Plus tard, l'obésité est déjà plus avancée, l'enfant a pu être l'objet de stigmatisation à l'école, de « mauvaises habitudes » ont pu s'ancre (Delphine B., diététicienne), les parents peuvent être moins mobilisés. Les patients pris en charge entre 5 et 10 ans par le Réppop sont ceux les plus susceptibles d'aller jusqu'au bout de la prise en charge, les plus âgés mettant plus souvent fin prématurément au suivi (Mattazzi 2019). Le fait que les enfants arrivent à eux, spécialistes, « trop tard », est donc présenté comme un problème central, sur lequel les professionnels du Réppop n'ont

Courbe de corpulence utilisée depuis 2018 pour les garçons.



Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.
Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

que peu de prise en l'absence d'une sensibilisation et d'une prise de conscience de l'urgence du problème par les familles et médecins.

« **Moi je suis étonnée de voir encore le peu de courbes de croissance qui sont remplis dans les carnets de santé.** Parce que c'est ce que je vous disais tout à l'heure, **si on fait pas vraiment les courbes de croissance, on peut complètement passer à côté du truc.** Il y a parfois des enfants qu'on voit arriver avec vraiment des surpoids importants, des obésités importantes et que **si on prend la courbe de croissance, les trucs ont commencé 5 ans avant**, sachant que dans toutes ces obésités, tous ces surpoids, y a les obésités communes mais **il y a aussi des vraies maladies derrière !** Et que les enfants qui prennent du poids [...] parce qu'ils ont une tumeur cérébrale ou autre, ben en fait, si on les diagnostique 5 ans trop tard, on perd quand même beaucoup de chances. Et donc du coup **ce que j'aimerais vraiment [insiste et rit], c'est que tous les médecins généralistes fassent la courbe taille-poids-corpulence à chaque fois qu'ils voient les gamins**, ce qui est en vrai pas très souvent le cas. » - Ophélie C., endocrinologue

L'âge de l'enfant auquel la famille serait la plus investie dans le suivi varie selon le professionnel interrogé, mais la plupart partagent la croyance d'un remodelage corporel plus facile dans l'enfance, « période de la vie où le front alimentaire et corporel peut et doit être travaillé » (Darmon 2008, 343), qu'à l'âge adulte.

« C'est ce que j'apprécie dans le Réppop, c'est que c'est **beaucoup plus facile de manier des enfants** entre guillemets que des adultes. » - Hélène E., généraliste

La courbe de corpulence n'est pas seulement un outil visant à fournir des

informations aux professionnels : elle est aussi utilisée auprès des parents pour les convaincre de l'existence de la surcharge pondérale. Elle est présentée comme objective, indubitable, et comme une sorte de médiation introduisant une distance émotionnelle entre la famille et l'annonce du surpoids.

« **Il faut être hyper délicat** parce qu'il y a des parents qui sont très sensibles et qui **le prennent rapidement mal.** Mais du coup **se baser sur les courbes de croissance** et montrer que le poids grandit plus vite que la taille, **c'est des termes qui sont entre guillemets doux. Il n'y a pas de jugement de valeur, on se base sur les courbes, c'est que les courbes qui parlent** et c'est très **visuel**, donc ça peut **aider les parents à se rendre compte**, et en général c'est plutôt bien accepté. » - Cécile S., généraliste

« En faisant la courbe, poids, taille, IMC, **on leur met devant les yeux** : "bah non, votre enfant il est pas en surpoids", ou "oui, il l'est", ou "il est en sous-poids". Enfin, pour le coup, là, **c'est mathématique, c'est des chiffres, il y a des courbes, c'est hyper vite démontable** si c'est pas le cas. » - Hélène E., généraliste

La mise en avant de l'IMC et de la courbe de corpulence varie selon les professions médicales. Les endocrinologues et généralistes que j'ai rencontrés lui donnaient une importance cruciale, là où une partie des psychologues et diététiciennes la mettaient à distance, estimant que la mesure de la corpulence relevait de la responsabilité des médecins et que la focalisation de tous les soignants assurant la prise en charge sur le poids de l'enfant pouvait peser sur celui-ci.

« Venir **peser l'enfant**, c'est mettre la focale sur quelque chose comme si c'était hyper important, le poids. Et j'ai pas envie. Donc du coup ils viennent effectivement à moi parce que tel ou tel professionnel a dit qu'il fallait voir une diététicienne par rapport au poids, mais moi **j'enlève tout de suite la focale dessus** et donc **je me base sur le poids des médecins**. Je leur explique aux parents qu'on fera avec le poids du médecin pour voir son évolution, à 6 mois, à un an. Mais non, étant donné qu'ils ont 4 rendez-vous, **ça voudrait dire que je dois les peser tous les mois**, quelque chose comme ça, en sachant **qu'ils voient d'autres professionnels**, ils voient certainement le médecin, mais aussi d'autres professionnels, ça peut des allergologues, des choses comme ça. **Ils sont pesés à chaque fois, ça devient vraiment...** Pour eux... Je sais pas, on met... ça devient quelque chose d'important. » - Laurie G., diététicienne

Une différence est aussi faite selon le temps depuis lequel un médecin connaît une famille. Certains estiment qu'il est plus simple de parler de corpulence lorsque

c'est le cas depuis longtemps, d'autres qu'il est au contraire préférable d'orienter la famille vers un spécialiste qui craindra moins de l'offenser car il la connaît moins intimement et car on fait précisément appel à lui pour jouer ce rôle. Cette variable peut donc jouer selon ces points de vue dans la décision de choisir le médecin traitant habituel comme médecin coordonnateur du suivi Réppop ou de préférer un nouveau médecin inconnu pour ce rôle, et dans le fait de recourir à un spécialiste.

« Je pense que c'est plus compliqué quand c'est **ses patients à soi** parce qu'il y a d'autres enjeux. Moi, je les... **C'est pas mes patients**, ils sont pas venus me voir pour autre chose. Enfin, **ils viennent me voir pour ça** et si je leur dis des trucs qui vont pas... qui vont les **embêter**, j'ai **moins de scrupules** à leur dire quoi. » - Marine A., endocrinologue

B. S'inscrire dans une temporalité de long terme

Le corps est la caractéristique d'une personne qui se laisse « le moins et le moins facilement modifier, provisoirement et surtout définitivement » (Bourdieu 1977). Tout l'enjeu pour les soignants est que la baisse ou la stabilisation de la corpulence soit durable, et pour cela, ils promeuvent une appropriation de micro-changements progressifs et permanents s'apparentant à une lente entreprise de socialisation de transformation. Cela demande un investissement régulier et à très long terme, d'autant plus compliqué à

attendre des familles que cette méthode fournit des « résultats » moins rapides que d'autres comme les régimes restrictifs, mais censés durer dans le temps. C'est aussi la raison pour laquelle le suivi est théoriquement censé durer 2 ans, dans l'espoir que ce soit suffisant pour leur permettre d'intérioriser de nouvelles habitudes, là où la seule exposition ponctuelle à des injonctions médicales ne fonctionne pas pour modifier les pratiques des personnes obèses (Jacolin-Nackaerts 2018).

« Moi **j'ai été formée à donner des régimes**. Enfin des règles, des répartitions, avec des équilibres, des menus. Enfin ma formation de base en 2001 c'était ça, pour la prise de l'obésité. Voilà, **j'ai fait ça pendant 10 ans, j'ai vu que c'était pas efficace, j'en ai beaucoup souffert** et du coup c'est pour ça que j'ai eu envie de me former autrement, parce que je me suis vraiment coincée et en plus je me sentais vraiment... presque d'être... Je travaillais avec un **syndrome de l'imposteur**. J'avais l'impression de mentir un peu aux patients [...] en leur donnant des règles et en sachant très bien comment, au bout d'un moment, ils arriveront plus à les suivre, mais pas parce qu'ils étaient mauvais, mais parce que c'était pas possible sur du long terme... » - Séverine L., diététicienne (à propos de son travail avant de suivre la formation du G.R.O.S.²⁷)

Les professionnels se distinguent donc de la conception classique du contrôle de la corpulence dans les catégories modestes, basé sur un régime strict, limité dans le temps et dans une optique curative (Régnier et Masullo 2010). Or celle-ci est particulièrement attrayante pour des adolescents, prêts à faire des efforts intenses s'ils leur permettent de modifier rapidement et visiblement leur corps. Ils peuvent ainsi se conformer à des recommandations médicales comme la pratique sportive, mais non pas dans un but de santé de long terme mais d'esthétique au présent, dans une déviance ritualiste selon les termes de Robert K. Merton (Tarantini et al. 2014).

« J'en ai quelques-uns, surtout le sport en salle, qui s'inscrivent dans des sports en salle et qui font **2h de sport en salle, 3 soirs par semaine**. Et parfois je me dis, "mais là, **tu vas pas tenir** quoi, tu te rends compte, c'est beaucoup, tu prends du temps sur quoi d'autre ?" Si c'est pour [ne pas] être sur les écrans, pourquoi pas, mais parfois, je sens qu'il y a une **espèce de sur-motivation au début, pour perdre très vite**. Tous, ils ont très envie de perdre très vite du poids quoi, d'avoir tout de suite le retentissement. Et puis quand je leur dis qu'il faut avoir de la patience, que ça va être long et qu'il va falloir parfois 2 ans pour commencer à perdre du poids, parfois **ça les refroidit** un peu. » - Marine A., endocrinologue

« Ça s'est fait quand j'étais en 4ème, et j'étais avec mes copines du collège du coup, et en fait **elles avaient toutes des copains ou des petites copines**, et moi je me disais "merde putain, elles ont toutes un amoureux ou une amoureuse", et **moi j'avais pas d'amoureux ou d'amoureuse**, tu vois, et du coup j'étais en mode "fais chier, comment ça se fait ?". Et quand je les ai comparées à moi, je me suis dit **c'est normal, parce que je suis la seule grosse en fait**. Et je me suis dit "**go, je fais un régime**", j'ai fait un régime, et **j'ai perdu 18 kilos je crois, en un été, donc ça a été rapide**. » - Romane F.

Une restriction calorique aussi brutale ne peut être maintenue au-delà de quelques mois (à moins d'entrer dans un TCA restrictif), et elle aboutit le plus souvent à un relâchement des nouvelles pratiques sportives ou à la consommation d'une alimentation plus riche, et donc à une reprise de poids au moins équivalente à la perte ; période éventuellement suivie d'une nouvelle phase de restriction. Il semble

²⁷ Cette association promeut une conception innovante de l'accompagnement de la surcharge pondérale des adultes, basée sur l'absence de

restriction cognitive, la prise en charge des émotions et le travail sur la perception de son apparence corporelle.

pertinent d'utiliser le terme de « gestion par à-coups », déjà identifiée dans le cas d'autres maladies chroniques touchant les adolescents (Dessajan 2021).

Les professionnels du Réppop tentent de disqualifier cette recherche de « pilule magique » (Viviane J., diététicienne) ou « recette miracle » (Régnier 2011) permettant une perte de poids rapide, qui a des conséquences néfastes sur la santé de leurs patients. Les familles attendant ce type de solution sont décrites comme se berçant d'illusions et pas prêtes pour une « véritable » prise en charge, c'est-à-dire une selon les principes des professionnels.

« Les régimes c'est encore la **pensée magique**, c'est-à-dire c'est drastique, c'est de la restriction cognitive forte. Alors pour le coup, ça il y a des patients qui le savent pas, que **les régimes font grossir**. Donc ils ont une **volonté de maigrir, c'est-à-dire oui, c'est-à-dire qu'ils veulent pas rester à leur poids, mais par contre ils utilisent pas les bons outils**. Pour certains par méconnaissances, pour d'autres parce qu'ils veulent absolument perdre 5-10 kilos. Mais **y a pas d'idée de fond dans la durée, sur une vie, sur des changements de fond**. [...] Et quand on leur parle de perdre très très lentement, que c'est des changements d'habitude de fond, donc faut faire petit à petit, que faire tout d'un coup personne n'y arriverait, ou si, les gens très forts, ils tiendraient 3 mois, 6 mois, mais **personne n'y arriverait toute une vie en changeant tout d'un coup, et que les régimes c'est ça, et en plus la plupart ils sont pas sains.** »
- Sébastien D., généraliste

C. Semer une graine : un changement en douceur

Les soignants sont conscients de la difficulté de modifier ses habitudes alimentaires et sportives. Le mode de vie des familles présente une certaine inertie : même s'il n'est optimal, c'est « le meilleur compromis qu'ils ont trouvé pour l'équilibre familial » (Gaëlle N., généraliste) en composant avec les contraintes et goûts des parents et de toute la fratrie autour de l'enfant ; si on n'est jamais « seul devant son assiette » (Fournier 2012), la dépendance de notre alimentation à celle de notre entourage est bien plus forte encore dans le cas d'un enfant. De même, un enfant qui a peu été socialisé à une pratique sportive,

qui n'a pas vu ses proches en faire, n'en a pas fait avec eux – la « sportivisation » étant d'autant plus grande que l'enfant provient d'un milieu social élevé – aura plus de difficultés à adopter une pratique régulière (Bertrand et al. 2019). Au-delà des dispositions sociales alimentaires et sportives, les soignants sont aussi conscients des obstacles matériels et temporels aux changements, par exemple les trajets et les cotisations nécessaires pour inscrire son enfant dans un club de sport. Pour toutes ces raisons, les professionnels tentent de proposer une introduction « réaliste » et progressive des

nouvelles habitudes dans le quotidien de la famille.

« *Moi les objectifs principaux, c'est les week-ends, vacances, être au moins 1h dehors en activité physique, c'est réduire à 2h maximum d'écran par jour. **Bon, des fois...** Hier, j'en avais un, j'ai pas mis ça comme objectif, j'ai mis "**par tranche de 2h**". C'est-à-dire que la télé est allumée toute la journée, donc j'ai dit à la mère "**bah on va déjà essayer de dire au bout de 2h on arrête la télé**", il refera de la télé dans la journée, y a pas de doute hein, parce qu'on peut pas se sevrer de 14h de télé.* » - Hélène E., généraliste

Si les soignants doivent motiver les familles à continuer leurs efforts sur le long terme et à ne pas se décourager si les effets sur la corpulence sont faibles, ils doivent aussi effectuer ce travail d'acceptation eux-mêmes. Les prises en charge peuvent être frustrantes, interrompues précocement par les familles, ne pas réussir à enrayer la prise de poids trop rapide d'un enfant.

« *C'est dur, hein, et en plus **on est sans arrêt en échec**. Enfin c'est vrai hein, c'est pas très valorisant. Enfin c'est pas très valorisant parce que comme je disais, **en fait on a pas de solution. Pour moi, on a pas de solution pour faire maigrir les gens durablement, vraiment.** [...] Mais du coup, je crois que moi, **j'ai réussi à me relancer en me disant "mais du coup on peut quand même améliorer leur qualité de vie"**, et là il y a un truc à faire et **je pense que c'est pour ça que je m'occupe plus du poids, parce que ça me met trop en échec**. Et des fois les gens demandent, il y en a plein d'ailleurs, mais je m'en occupe plus. **C'est plus mon objectif en fait parce que j'ai plus envie de souffrir de ça.** » - Séverine L., diététicienne*

Une façon pour les soignants de gérer leur découragement est la croyance dans le

fait d'avoir « semé une graine ». Ils entendent par là que même si les habitudes de la famille ne changent pas ou que la corpulence n'est pas maîtrisée, le travail qu'ils ont réalisé portera tout de même des fruits, même si c'est bien plus tard et/ou sans qu'ils ne le sachent : quand des problèmes d'ordre psychologique auront été réglés, quand l'enfant sera plus « motivé » ou aura renoncé à la « pensée magique », quand il sera plus âgé... Le changement se préparerait dans la durée mais serait concrétisé à un moment particulier en raison d'une constellation de faits biographiques (Diasio et Fidolini 2019) que les soignants ne peuvent maîtriser, au moment où « les planètes seront alignées » (Gaëlle N., généraliste).

« *Moi je suis très positive, surtout que **même si j'ai pas revu l'enfant, même si j'ai pas fait un suivi jusqu'au bout, j'ai lancé des perches, des phrases**. Je sais que ces phrases là **elles vont résonner à un moment ou un autre où le patient sera en phase de décision de prendre en charge le problème**. Et du coup je suis pas du tout défaitiste, je sais que ce qui est dit en consultation, **ça a été entendu, ça a été enregistré quelque part et peut-être dans 5 ans, 10 ans, ça ressortira.** [...] Parfois les médecins sont frustrés parce qu'ils ont pas de résultats tout de suite. Mais en fait, il faut qu'ils soient **plus indulgents avec eux-mêmes, ça prend du temps, il y a pas de solution miraculeuse, mais c'est à force de répéter** ces messages et d'aider les gens et de les valoriser dans tous les changements qu'ils ont déjà faits qu'il y a un cercle vertueux qui se met en place. » - Cécile S., généraliste*

Cette position se comprend donc par la difficulté d'agir sur la socialisation familiale, la dépendance forte de leur prise en charge aux changements mis en place par les parents et l'enfant, la temporalité longue du suivi et leur envie de ne pas brusquer les familles. Mais elle étonne par sa distance avec le cadrage de l'obésité infantile comme une « urgence » dans les politiques publiques, l'optique plutôt curative des

familles populaires et la volonté de remédier rapidement à la surcharge pondérale que partagent la plupart des jeunes souhaitant agir sur leur corpulence. Elle peut également contribuer au renforcement des inégalités de corpulence, toutes les familles n'ayant pas d'égales conditions matérielles et dispositions sociales pour faire fructifier cette « graine ».

III. Buts et moyens d'action légitimes

A. Désaccords sur le but : la centralité de la perte de poids

Le but de la prise en charge n'est pas aussi simple et consensuel qu'on pourrait le croire (ne plus être en surcharge pondérale, ou du moins se rapprocher de la corpulence médicalement normale), et varie selon les acteurs interrogés.

Chez les jeunes eux-mêmes, tous leurs objectifs concourent à rechercher la perte de poids ou au moins sa stabilisation le temps qu'ils grandissent. Ils souhaitent mettre fin au plus vite à la stigmatisation qu'ils subissent de la part de leurs camarades et proches en raison de leur surcharge pondérale, ce qui passe pour eux forcément par le fait de maigrir (Tibère et al. 2007). Ils cherchent à se mettre en

conformité avec la norme telle qu'ils la perçoivent : faire plaisir à leurs parents quand ceux-ci s'inquiètent de leur surcharge pondérale, ressembler à leurs amis, pouvoir mettre les mêmes vêtements et faire les mêmes activités qu'eux. Par les insultes, remarques et leurs propres observations de leurs camarades pour se comparer à eux, ils jugent anormaux leurs corps, en particulier les vergetures et la cellulite. Maigrir répond à un désir d'intégration (ne plus être perçu comme anormal par les autres) mais est aussi souvent un prérequis pour pouvoir se percevoir soi-même comme beau ou du moins « acceptable » et gagner en

confiance en soi, ces normes faisant de son corps un corps déviant et inesthétique étant largement incorporées et acceptées comme légitimes²⁸. Des événements peuvent enclencher la volonté de maigrir : l'approche d'un événement festif, comme un bal de fin d'année, ou, très fréquemment, l'envie de plaire à une personne en particulier, qu'on soit déjà en couple avec elle ou qu'on souhaite le devenir.

« Je voulais pas perdre du poids pour me sentir bien mais pour être moins grosse, je sais pas si tu vois la différence. Je voulais pas être en meilleure santé mais avoir un ventre plus plat, avoir des cuisses moins grosses. C'était vraiment au niveau physique, et pas niveau bien-être, du coup je pense que je le faisais pour les mauvaises raisons. » - Julie R.

Contrairement à d'autres travaux indiquant une différence genrée dans le sens d'une plus grande préoccupation de minceur des filles et du souci d'être musclés chez les garçons (Carof 2015 ; Dessajan 2021), les entretiens n'ont pas établi de disparité très importante, les garçons pouvant eux aussi se montrer très préoccupés par leur apparence corporelle et les filles par leurs performances sportives. La plupart des soignants

interrogés ne jugent pas le critère du genre très pertinent.

« J'aurais plutôt tendance à dire que le garçon, ça va être qu'il a du mal à faire le sport, à être aussi doué que les autres copains et la fille, ça va être plutôt le côté esthétique et du coup elle va cacher ses formes. Mais c'est pas si flagrant que ça. » - Cécile S., généraliste

En revanche, la variable de la classe est non seulement significative mais identifiée par les jeunes en surcharge pondérale eux-mêmes, parfois dès l'enfance. Vouloir mincir apparaît comme une volonté de se hisser dans l'espace social. Chez les plus petits, cela peut passer par s'inscrire dans la filiation de la « branche » de sa famille la plus dotée socialement²⁹, ou vouloir faire partie du groupe des élèves influents et admirés, comme les camarades de milieu aisé « maigrichons » d'Anaïs I. dans l'école privée payante qu'elle était la seule de sa fratrie à fréquenter. Plus âgés, les tentatives les plus actives de perte de poids coïncident pour la plupart des enquêtés avec une ascension sociale ou une perspective d'ascension sociale : commencer son premier emploi, être le premier de sa famille à aller à l'université, entrer dans une grande école, se mettre en couple avec une personne de classe plus favorisée. On parle parfois de capital pondéral pour désigner

²⁸ Les tentatives de retournement du stigmatisme et de valorisation d'une fourchette de corpulence plus large que celle acceptée dans les standards de beauté dominants existent parfois, mais plus tard dans leur parcours, et souvent paradoxalement après avoir maigri.

²⁹ On entend par là, par exemple, mincir pour davantage « ressembler » à son père, la famille paternelle étant de milieu plus aisé et globalement à la corpulence plus mince que la famille maternelle.

les comportements visant l'avantage que constitue une corpulence valorisée, par exemple sur le marché matrimonial ou du travail (De Saint Pol 2010).

« [Après avoir perdu du poids] **j'étais devenue très sportive**. Au collège j'étais devenue... **je faisais partie du groupe des populaires** après, voilà, parce qu'il y avait le groupe des pas populaires et le groupe des populaires, **j'étais passée dans le groupe des populaires**... Enfin voilà c'était... **Je réussissais mieux à l'école**, parce que je pense que je me sentais mieux avec moi-même, donc j'arrivais plus à me concentrer. » - Romane F.

« Dès qu'on s'intéresse un peu aux garçons, ou aux filles, dès qu'on s'intéresse un peu de manière plus romantique aux proches, tu te rends compte que t'es... pas en **concurrence**, c'est le mauvais mot, mais **tu te compares aux autres**, et je me suis rendu compte en fait que voilà, j'étais pas attirante de manière classique. Surtout que **j'étais en école française, et toutes les personnes avec qui j'étais en école, c'était des Européens**. Ils sont **relativement fins par rapport aux Américains** de manière générale. Et voilà. Donc je me suis rendu compte à peu près **vers les coups de 11, 12 ans**, que c'était vraiment apparent. » - Lesley T. (qui a grandi aux Etats-Unis)

Alors que tout concourt chez les jeunes en surcharge pondérale à vouloir réduire leur corpulence de façon importante et rapide, la perte de poids n'est pas conçue comme prioritaire **par les soignants** : c'est la santé physique et mentale de l'enfant qui est au cœur du suivi. Avant 15 ou 16 ans, on n'attend pas de lui qu'il perde du poids, mais qu'il le stabilise afin de s'affiner en grandissant. Le plus important est qu'il adopte une grande diversité de

comportements plus favorables à sa santé, afin de diminuer les risques de développement de diabète de type 2 par exemple : une alimentation équilibrée et plus variée, pas en proportions excessives, bouger davantage, fréquenter un club de sport, avoir un rythme de sommeil régulier, être impliqué dans les courses et la préparation des repas, éviter de grignoter, reconnaître sa satiété, etc. Ils s'assortissent de changements familiaux : faire des sorties ensemble le week-end, retrouver un contexte familial apaisé. La question de retrouver un équilibre revient fréquemment : à la fois contre d'éventuels excès alimentaires, et contre un contrôle externe excessif et anxiogène. Les diététiciennes en particulier promeuvent la place du plaisir, et le fait qu'il ne faut pas catégoriser les aliments en « bons » et en « mauvais » qui seraient interdits, selon le principe que ceux apportant un réconfort émotionnel sont aussi importants que ceux comblant les besoins physiologiques – à condition d'être consommés modérément.

« L'équilibre, c'est le rapport global à l'alimentation de l'enfant. Ça, c'est une chose. Et puis ça va être aussi une alimentation qui soit pas non plus déséquilibrée. » - Laurie G., diététicienne

Contrairement à ce qu'on retrouve chez les jeunes obèses, la baisse de la corpulence n'est donc pas l'objectif absolu et premier pour les professionnels de santé. Une simple stabilisation de l'IMC ou un

ralentissement de son augmentation sont présentés comme ne constituant « pas un échec » de la prise en charge (Cécile S., généraliste). L'objectif central est d'accompagner l'enfant, de lui donner de « bonnes bases de vie » (Claire H., diététicienne). Dans une moindre mesure qu'avec les patients adultes mais selon un discours revenant tout de même chez plusieurs soignants, il peut donc s'agir d'aider l'enfant en surcharge pondérale à accepter son corps et à le percevoir moins négativement.

« J'explique les objectifs, que nous, dans tous les cas, on ne sera pas dans une perte de poids. L'objectif c'est de travailler le comportement alimentaire. Et travailler l'organisation à la maison, voir si on a une alimentation émotionnelle, voir si on a une

certaine impulsivité à manger. » - Laurie G., diététicienne

Enfin, **la position des parents** est intermédiaire entre les enfants et les soignants. Ils témoignent de préoccupations de l'ordre de la santé, de considérations esthétiques (en particulier pour leurs filles, y compris lorsqu'elles ont des frères également en surcharge pondérale) et d'un souci de conformité aux normes sociales de corpulence – notamment par peur que leur enfant soit stigmatisé à l'école.

« Il y a toujours ce regard social et ce regard des pairs sur l'apparence physique, etc., que les jeunes peuvent partager, ou en tout cas donner à voir à leurs parents. Il peut y avoir des inquiétudes de toute sorte, de l'avenir, du regard, de la santé. » - Nicole Y., psychologue

B. Désaccords sur les moyens : les indications quantitatives

Dans l'entreprise commercialisant des programmes de perte de poids étudiée par Muriel Darmon prédomine un « contrôle par la perte » : tant que les adhérentes mincissent, les animatrices n'interviennent pas sur leur façon de le faire (Darmon 2010). Ce n'est pas le cas dans les Réppop : les moyens mis en place par les familles importent davantage que l'évolution de la corpulence de l'enfant. Si une famille met en place des façons illégitimes de maîtriser la corpulence, elle en sera dissuadée par les

soignants, son mode de fonctionnement n'étant pas perçu comme durable et donc comme voué non seulement à l'échec, mais potentiellement à des conséquences néfastes. À l'inverse, si une famille applique les moyens légitimes promus par les soignants, elle sera encouragée et valorisée même si des effets sur la corpulence sont lents à apparaître. Nous avons déjà caractérisé la prise en charge légitime comme pluridisciplinaire, graduelle, de long terme, par micro-objectifs si possible

décidés par les familles, donnant une place importante au plaisir et incluant tous les membres de la famille, pas que l'enfant en surcharge pondérale. Nous voudrions développer un dernier point clé de la prise en charge légitime : le fait qu'elle exclut des consignes alimentaires quantitatives.

Les professionnels de santé du Réppop refusent en grande majorité de donner des indications quantifiées strictes concernant l'alimentation de l'enfant, en particulier des « grammages », et rejettent les « régimes » et la restriction. Il ne s'agit pas de donner aux familles des injonctions alimentaires précises qui constitueraient comme une sorte d'ordonnance, bien au contraire. Cette conception de l'alimentation correspond à celle des classes supérieures, où le fait de « faire attention » à son alimentation n'est pas appelé un régime, les restrictions étant « tellement incorporées qu'elles ne sont pas vécues sur le mode de la contrainte ou de la punition » (Carof 2015). La « dénégation du contrôle » se retrouve en particulier au Réppop chez les diététiciennes, qui luttent contre des représentations de leur métier comme diabolisant certains aliments et imposant de fortes contraintes exogènes et des interdits alimentaires (Schlegel 2022). Leur valorisation de l'écoute de son corps, de ses sensations et ses besoins peut les conduire à s'éloigner des recommandations

des PNNS : par exemple, manger lorsqu'on a faim, et ne pas le faire lorsqu'on n'a pas faim, n'est pas forcément compatible avec les trois repas par jour et le goûter recommandés pour les enfants. Leur approche instinctive de l'alimentation, telle que promue notamment par le G.R.O.S., a cela d'intéressant qu'elle reprend des principes traditionnellement plutôt présents dans les classes populaires (rejeter des normes alimentaires prescriptives, valoriser le plaisir, accepter son corps même en surpoids), tout en présentant un fort coût d'entrée, la reconnexion à ses propres instincts devant être atteinte par un réapprentissage réflexif (Carof 2017a).

« Ça peut être "**bah le goûter finalement, non il avait pas faim, donc attends avant de prendre ton goûter, tu t'assois, tu regardes dans ton ventre**", je leur fais des petits schémas au tableau tout ça [il y a un tableau blanc sur le mur du cabinet], "comment tu te sens avant de prendre ce goûter ? Et bah peut-être que des fois tu le prendras pas si tu sens que tu n'as pas faim et ça, ça va être un objectif, **écouter son corps avant d'aller prendre le goûter**", "j'ai pas faim, je le prends pas". »
- Céline M., diététicienne

L'approche instinctive est présentée comme plus facile à (ré)instaurer chez des enfants que chez des adultes – mais même si un enfant y est réceptif, encore faut-il que ses parents ne l'empêchent pas.

« **Si j'avais que les enfants, ça serait plus facile** [rires], mais j'ai les parents, c'est les parents souvent qui faut qu'ils travaillent. Parce qu'en fait **les enfants, ils comprennent très vite ce côté un peu alimentation intuitive**,

donc voilà en 2-3... Enfin, il suffit de leur expliquer, bah voilà "tu manges quand t'as envie et tu t'arrêtes quand tu ressens que t'as plus envie". **Pour eux ça paraît évident, et pour les parents c'est impossible.** Enfin c'est vraiment, il y a vraiment une différence entre les deux [rires]. Bah normal hein, puisqu'**après on a construit tout notre mental là et du coup c'est compliqué de le lâcher.** »
- Séverine L., diététicienne

Les connaissances scientifiques concernant l'obésité étant encore limitées (Avignon et Attalin 2014, 194), les normes savantes relatives aux enfants sont mouvantes et diffèrent selon les professionnels (Gojard 2010).

« C'est important aussi d'aider les patients à faire la différence entre ce que je donne qui est une donnée scientifique et ce que je donne qui est de l'ordre du conseil. Moi, je leur apprends beaucoup à être autonome là-dessus, à se questionner là-dessus. Vous voyez par exemple dans la **diversification, il y a deux choses qui sont prouvées seulement sur le plan scientifique, c'est tout !** La première, c'est qu'il faut diversifier entre 4 et 6 mois pour la fenêtre allergique quoi, et la 2ème, c'est qu'il faut pas prendre de retard sur l'intégration des textures granuleuses. **Tout le reste, c'est des habitudes de médecin.** » - Gaëlle N., généraliste

Au Réppop, il existe ainsi un spectre de pratiques relativement large, selon que le professionnel ait reçu une formation initiale classique et les deux jours de formation du Réppop, ou qu'il soit davantage familier des dernières conceptions de l'alimentation émotionnelle, des TCA et de la restriction cognitive, par exemple à travers la formation de 150 heures du G.R.O.S. ou des diplômes universitaires.

« **J'ai lu des choses, j'ai écouté des podcasts, j'ai fait avec mon bon sens aussi, et puis j'ai fait ce DU** [de psychologie et pédagogique du comportement alimentaire] aussi pour me former au comportementalisme. Parce que **des jeunes filles qui sortent de BTS à 19-20 ans, souvent, elles manquent un peu de recul,** je trouve, et elles vont **appliquer bêtement ce qu'on leur a dit au BTS.** "Bah Madame, vous mangez trop. Alors voilà, il va falloir que vous mangiez comme ci comme ça, je vous donne une ration et voilà ce qu'il faut faire" quoi, donc quelque chose de descendant. » - Anne P., diététicienne

« Le BTS est très incomplet. Ah oui, bah en fait, **on sort du BTS, pour moi on peut pas être en libéral.** » - Sabrina V., diététicienne (qui a été enseignante en BTS diététique)

Les variations de recommandations selon les professionnels sont dénoncées par certains enquêtés. Des diététiciennes très engagées dans la conception instinctive de l'alimentation estiment que la focalisation sur le poids de l'enfant par d'autres professionnels de santé assurant le suivi est contre-productive et néfaste ; des jeunes obèses se sentent perdus entre des normes contradictoires prodiguées par les différents soignants qu'ils ont consultés. Les critiques les plus virulentes sont celles qu'adressent des professionnels du Réppop à des médecins en dehors de celui-ci, qui imposent d'importantes restrictions à leurs patients en alimentant leur culpabilité.

« À partir du moment où mes parents ont essayé de me faire faire un suivi, à partir du moment où on est arrivé à l'hôpital etc. je me souviens de tous les trucs avec **"tu peux manger tant de ça, tant de ça** etc.". Mais c'est... un souvenir que j'ai, c'est que **c'est extrêmement confus.** C'est un truc qui m'a toujours perturbé, même

encore là je suis allé voir un nutritionniste il y a pas longtemps, pour discuter de ça, parce que j'aimerais vraiment descendre plus bas, et vraiment **tous disent un truc différent ! Tous ! Sans exception. J'ai jamais rencontré un seul nutritionniste / diététicien qui m'a tenu le même discours qu'un autre. Et quand on est adulte ça va, parce qu'on peut réfléchir par nous-mêmes et tout ça, mais quand on est gosses / ados, qu'on a des problèmes de poids et qu'on est face à des adultes qui se contredisent en permanence, qui disent tous un truc différent. Certains [...] « il faut arrêter de manger tel truc », d'autres « il faut pas se priver », etc. Ils se contredisent tous. On comprend rien du tout. Rien. Complètement perdu.** » - Théo V.

« Parfois certains médecins nutritionnistes l'entretiennent bien, cette image de la **restriction**. On a quelques médecins, **médecins nutritionnistes** sur [nom de ville] **qui sévissent** - moi je dis qui sévissent, parce qu'ils ont vraiment une **approche atroce du surpoids**, ils sont même **maltraitants** avec leurs patients, je trouve. Voilà, ils leur font faire des **régimes hyperprotéinés, hypocaloriques, avec une détérioration de l'image corporelle derrière parfois**. Il y a **des filles qu'on a récupérées en TCA après**, parce que c'est des types voilà, ils mettent les filles nues devant le miroir en disant "regardez comment vous êtes grosse, comment votre mari il peut encore vous désirer ?". Enfin des trucs vraiment affreux, il y en a certains qui ont été **dénoncés à l'ordre des médecins** mais ils exercent encore. » - Anne P., diététicienne

L'approche de la majorité des professionnels du Réppop, consistant à ne pas donner de « menus types » ou de grammages des différentes familles d'aliments à respecter, peut décontenancer les familles, en particulier populaires, qui préféreraient des indications détaillées de la marche à suivre. Cela a déjà été montré dans le cas de programmes de perte de

poids à destination des adultes : une prise en charge perçue comme pas suffisamment restrictive est abandonnée par certaines participantes de classes populaires (Lhuissier 2012), qui attendent un schéma binaire des comportements alimentaires pour mincir (autorisé/interdit, bien/mal) et pas des principes laissant plus de marges de manœuvre comme l'écoute de ses sensations (Lhuissier 2006).

« **Ils sont beaucoup à nous demander vraiment des quantités**, etc. parce que pour eux, s'ils ont pas **quelque chose de bien clair**, ça va pas fonctionner. » - Marion T., diététicienne

« C'est du coup ce qui est **un peu déroutant pour les parents** qui au début disent "mais en fait je suis allé voir la diététicienne, mais **elle m'a pas dit ce qu'il fallait faire**". Et... non [rires]. Ben non. Parce qu'en fait, si je dis ce qu'il faut faire, ça va sacraliser un truc, et puis du coup ça va devenir la règle en fait. » - Séverine L., diététicienne

« Il y a des gens qui ne sont **pas convaincus** de mon approche. C'est-à-dire je peux être face à des patients qui soit ils n'adhèrent pas, soit **ils mettent en doute la capacité à revenir à leur propre régulation, leur propre contrôle, leurs propres sensations... qu'ils savent faire en fait. Les régimes, ils font en sorte que quelqu'un s'approprie l'alimentation d'une autre personne, décide ce qu'il faut faire et qu'on lui enlève toute sa capacité de son être propre, à savoir se nourrir. C'est aberrant ça ! Les personnes ne savent plus se nourrir**. Savent plus quoi manger. Quelle quantité manger. Ce qui est bon, ce qui est pas bon pour eux. **Ils ne savent pas. Ça, c'est hallucinant. Donc ils me demandent à moi, quelqu'un d'extérieur, qui ne connaît pas leur corps, de leur donner des quantités à manger !** » - Céline M., diététicienne

Les adultes suivis médicalement pour leur surcharge pondérale se caractériseraient par une « obsession du régime » et une application par strates superposées de règles diététiques glanées à différents moments auprès de différentes sources (Régnier 2011), rappelant le « savoir en miettes » attribué aux milieux populaires arraché à des systèmes disparates (Boltanski 1984). C'est à ce

problème que veut répondre la nouvelle approche instinctive, visant à donner de l'autonomie et de l'autocontrôle aux jeunes obèses plutôt qu'à les surcharger de règles exogènes sans leur en expliquer le fondement. Mais c'est également une démarche à laquelle ne peuvent adhérer toutes les familles, si elle est trop éloignée de leur conception préliminaire du contrôle de la corpulence.

C. Une non-coïncidence entre la demande et l'offre de soins

Les buts et moyens définis comme corrects, légitimes par les professionnels du réseau ne correspondent ainsi pas toujours aux attentes et objectifs des enfants pris en charge et de ceux de leurs proches (Green et al. 2009). Les familles peuvent attendre davantage des soignants et trouver leur façon de faire insuffisante (Carof 2017b) : décevante, n'ayant pas assez d'effets de court terme sur la corpulence, pas assez explicite, pas assez « médicale » (la « pilule magique » parfois attendue) mais s'appuyant surtout sur des modifications d'hygiène de vie. Elles peuvent aussi, et en même temps, la trouver trop exigeante : en temps, parce qu'elle bouleverse le mode de vie de toute la famille, parce qu'elle demande une réflexion de long terme sur les sensations et représentations

alimentaires, une modification de leur socialisation alimentaire relevant de leur responsabilité plutôt que de solutions perçues comme davantage « médicales ». Par exemple, les consultations psychologiques ou diététiques sont parfois refusées par les familles car vécues comme trop envahissantes.

*« Quand on leur dit "bah faudrait peut-être faire autrement" et qu'on les envoie vers une diététicienne, parce que moi je fais pas ça, j'ai pas le temps et puis pas assez la compétence, **des diététiciennes qui sont finalement plus des psychologues, qui vont être sur les ressentis, sur les émotions, "quand vous mangez, qu'est-ce que vous ressentez, est-ce que vous avez faim, pas faim, pourquoi vous avez faim ?". Mais en fait, ils sont pas prêts. Certains oui, mais en fait, la grande majorité, ils y retournent pas. "Ah mais non mais pourquoi vous m'avez envoyé là-bas ? Moi elle m'a pas donné des menus, elle m'a pas dit "il faut manger ça".** » - Sébastien D., généraliste*

Du point de vue des médecins, l'inadéquation de certaines caractéristiques des familles – comme leurs horaires de travail irréguliers, des conflits familiaux ou leur précarité – avec les prérequis de la prise en charge peuvent les conduire à se sentir impuissants, ou à devoir ajuster leur pratique habituelle à ces spécificités (Carde 2020) : adopter des objectifs moins ambitieux, faire des consultations longues prenant le temps de cartographier leurs conditions de vie, renvoyer certains changements à plus tard. Ces stratégies permettent de maintenir la motivation de la famille et du soignant, mais elles peuvent aussi aboutir à un faible impact final sur la corpulence de l'enfant, alors que c'est le plus souvent la préoccupation première du jeune. Cela peut expliquer pourquoi certains jeunes se tournent vers des méthodes qu'ils pensent plus efficaces et plus adaptées à leurs besoins, comme des régimes très restrictifs, suivant des règles collectées à droite à gauche sur les conseils de leurs pairs ou de personnalités promettant des résultats rapides.

Rappelons que 2/3 des enfants pris en charge ne vont pas au bout du parcours de

deux ans du Réppop. On peut supposer que pour une partie d'entre eux, la réponse médicale à la surcharge pondérale de l'enfant ne correspondait pas à ce que les parents attendaient, la première réponse en cas de désaccord important étant ici l'*exit*. Les autres peuvent consister en de la dissimulation (acquiescer durant les consultations mais ne pas changer les habitudes à la maison), et occasionnellement en une opposition frontale ou une disqualification des objectifs des médecins comme étant trop durs ou impossibles à mettre en place, ou selon l'idée que la corpulence relève principalement d'un « diktat de la société ou de la mode » (Marine A., endocrinologue) qu'ils ne veulent pas imposer à leur enfant.

*« On a fait grossir le truc [le Réppop], mais derrière **est-ce que les gens veulent adhérer à ça ? Veulent rentrer dans ce parcours-là ?** »*
- Sébastien D., généraliste

*« J'ai en tête des histoires où voilà, il y a la maman qui est à fond sur la prise en charge et puis le papa qui dit "ah bah oui mais bon **tu pourrais lui lâcher un peu la grappe, à ce pauvre enfant**". »* - Ophélie C., endocrinologue

La prise en charge médicale de l'obésité infantile définit ainsi des normes concernant l'alimentation, l'activité, le corps, les principes éducatifs, l'usage du temps... La corpulence doit être considérée comme un problème de santé à gérer sur le long terme, la santé entendue dans un sens large, physique et mental,

passant avant les préoccupations esthétiques ou quantifiables du poids. La prise en charge demande un investissement important et fortement régulé des familles, reposant sur des ressources et des représentations inégalement réparties dans l'espace social.

Conclusion

Muriel Darmon appelait à des travaux portant sur l'« analyse de la production et de l'imposition de normes comme travail ou comme action (comportant des étapes, s'inscrivant dans les interactions et dans le temps) » concernant les entreprises d'imposition de normes aux familles (Darmon 1999, 13). Dans ce travail, nous avons voulu décrire, du point de vue de ceux qui le mettent en œuvre au quotidien et de ceux qui y ont été confrontés, le fonctionnement du système de soins relatif à l'obésité infantile. Cet état de corpulence ayant fait l'objet d'une médicalisation, des professionnels de santé le prennent en charge comme une pathologie au statut ambigu, l'obésité légitimant une intervention s'étendant à un domaine bien plus large que le domaine traditionnel du soin. Ces professionnels de la morale familiale sont amenés à produire et à diffuser des normes relatives à la famille, les liens entre ses membres, son usage du temps, les principes éducatifs, le rapport légitime au corps, à l'alimentation. En plus des difficultés ordinaires concernant la prise en charge de l'obésité, ils ont affaire à des enfants, encore dépendants de leurs parents, dont les motivations diffèrent bien

souvent non seulement de celles des professionnels de santé mais aussi de celles de leurs parents. Un compromis doit donc être trouvé entre les préoccupations, objectifs et ressources du professionnel de santé, et même la plupart du temps plusieurs, d'un ou deux parent(s), du jeune, parfois d'autres membres de sa famille, pour qu'un travail sur la socialisation familiale puisse être opérant.

La médicalisation de l'obésité infantile a eu des effets paradoxaux. En cherchant à réduire la prévalence de celle-ci, le système de santé a pu renforcer les inégalités sociales de corpulence. Alors que les soignants essaient de déculpabiliser parents et enfants et reconnaissent la difficulté d'agir sur la corpulence, le cadrage de l'obésité comme un problème relevant de la responsabilité individuelle d'une personne et de son mode de vie contribue à la stigmatisation et à l'anxiété de ces familles. Si la reconnaissance institutionnelle de l'obésité infantile comme maladie chronique a permis de développer une véritable et plus accessible offre de soin et de davantage former les professionnels de santé à ce sujet, l'investissement public qui y est consacré n'est pas à la hauteur du

degré de préoccupation politique et médiatique pour la question (Green et al. 2009) : les enfants bénéficiant pleinement de ces dispositifs sont minoritaires, et pas toujours ceux qui en auraient le plus besoin. Et tout en reconnaissant les familles concernées comme souvent vulnérables, défavorisées ou en difficulté, on attend des parents un important travail domestique de santé et une motivation sur lesquels repose le suivi, et de l'enfant, doublement dominé en raison de son âge, qu'il gagne en autonomie, en autocontrôle et corrige ses comportements déviants. Car si ce dernier est écouté, respecté, encouragé, il est aussi responsabilisé par les soignants du réseau.

Enfin, cette enquête a été l'occasion d'étudier une réforme des comportements à l'âge de la socialisation primaire. Celle-ci apparaît sur certains points plus aisée que pour les adultes, selon l'idée que les enfants auraient naturellement tendance à avoir envie de bouger et à reconnaître leurs instincts (de satiété notamment) si seulement on leur en laisse la possibilité

et/ou leur réapprend à écouter leurs signaux corporels, comme s'ils en avaient dévié en raison de l'imposition par des adultes de règles ou d'un cadre de vie inadaptés. Mais nous rejoignons les travaux récents ayant montré combien les effets de la socialisation sont précoces, et comment les habitudes de vie des familles, leurs conditions matérielles d'existence, sont déjà incorporées chez de jeunes enfants (Mennesson et al. 2019). Modifier les habitudes d'un enfant plutôt que d'un adulte n'est pas une entreprise moins ambitieuse, de moindre portée, mais peut-être même plus lourde, car elle implique un changement collectif de longue haleine de toutes les instances dont dépend sa socialisation en cours (parents, fratrie, famille élargie, etc.), en plus de tout ce que cette socialisation a déjà construit en lui. Au regard de cela, la prénotion de la possibilité d'une intervention « précoce » facile sur l'obésité infantile avant que de « mauvaises habitudes » ne se soient enracinées apparaît naïve.

Bibliographie

- AÏACH Pierre, « Les voies de la médicalisation », dans *L'ère de la médicalisation*, Editions Economica, Paris, 1998, p. 15-35.
- AILHAUD Gérard, Bernard BECK, Pierre-François BOUGNERES, Marie-Aline CHARLES, Marie-Laure FRELUT, Marina MARTINOWSKY, Jean-Pierre POULAIN, Daniel RICQUIER, Daniel RIVIERE, Marie-Françoise ROLLAND-CACHERA, Christian VAISSE et Olivier ZIEGLER, *Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant*, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2000.
- ALDOLAIM Sadeg, « Parental Perceptions of Childhood Obesity: Systematic Literature Review », *Journal of Childhood Obesity*, vol. 4, n° 1, iMedPub, 1^{er} juillet 2019 (DOI : 10.36648/2572-5394.4.1.70 consulté le 24 octobre 2020).
- ARBORIO Anne-Marie, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, 2e éd. augmentée d'une préface de l'auteur, Paris, Économica Anthropos, coll. « Sociologiques », 2012.
- ARBORIO Anne-Marie et Marie-Hélène LECHIEN, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires », *Sociologie*, Vol. 10, n° 1, Presses Universitaires de France, 29 mars 2019, p. 91-110.
- ARBORIO Anne-Marie et Marie-Hélène LECHIEN, « Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé. », dans *La France d'en bas ?*, Le Cavalier Bleu, 2019.
- ARMSTRONG David, « Origins of the Problem of Health-related Behaviours: A Genealogical Study », *Social Studies of Science*, vol. 39, n° 6, Sage Publications, Ltd., 2009, p. 909-926.
- AVIGNON Antoine et Vincent ATTALIN, « Le médecin, la société, le poids : un bilan des pratiques médicales », dans Anne Marcellini et Vincent Fortier, *L'obésité en question : analyse transdisciplinaire d'une épidémie*, Bordeaux, les Études hospitalières, coll. « À la croisée des regards », 2014.
- BASDEVANT Arnaud, « Sur et sous-médicalisation de l'obésité », dans Institut national de la santé et de la recherche médicale (éd.), *Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant*, Paris, INSERM, coll. « Expertise collective », 2000.
- BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1986, p. 3-27.
- BECKER Howard S., *Outsiders*, Editions Métailié, 1985.
- BENAMOZIG Daniel et Camille BOUBAL, « Réguler avec modération : le cas des recommandations nutritionnelles », *Sociologie*, vol. 13, n° 2, Presses Universitaires de France, 2022, p. 125-141.
- BENAMOZIG Daniel et Joan CORTINAS MUÑOZ, *Des lobbys au menu : les entreprises agro-alimentaires contre la santé publique*, Paris, Raison d'agir éditions, coll. « Raisons d'agir », 2022.

- BERGERON Henri et Patrick CASTEL, *Sociologie politique de la santé*, 2e éd, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2018.
- BERGERON Henri et Patrick CASTEL, « Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du Travail*, vol. 52, n° 4, 1^{er} octobre 2010, p. 441-460.
- BERGERON Henri, Patrick CASTEL et Sophie DUBUISSON-QUELLIER, « Gouverner par les labels. Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable », *Gouvernement et action publique*, Vol. 3, n° 3, Presses de Sciences Po, 2014, p. 7-31.
- BERGERON Henri, Patrick CASTEL et Abigail SAGUY, « A french paradox? Toward an Explanation of Inconsistencies between Framing and Policies », *French Politics, Culture and Society*, n° 2, Berghahn Books, Inc., 2019, p. 110.
- BERTRAND Julien, Christine MENNESSON et Sarah NICAISE, « Quand le sport construit la classe », dans Bernard Lahire, *Enfances de classe*, Paris XIXème, Editions du Seuil, 2019.
- BLACKBURN George L., « Medicalizing Obesity: Individual, Economic, and Medical Consequences », *AMA Journal of Ethics*, vol. 13, n° 12, American Medical Association, 1^{er} décembre 2011, p. 890-895.
- BLOY Géraldine, « Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 33, n° 4, John Libbey Eurotext, 2015, p. 41-66.
- BLOY Géraldine, Laetitia Moussard PHILIPPON et Laurent RIGAL, « Inégalités sociales et soins préventifs : le cas du conseil en activité physique délivré par les généralistes », *Sante Publique*, vol. S1, n° HSI, S.F.S.P., 19 septembre 2018, p. 81-87.
- BLOY Géraldine, Laetitia Moussard PHILIPPON et Laurent RIGAL, « Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation », *Santé Publique*, vol. S1, HS, S.F.S.P., 22 juin 2016, p. 153-161.
- BLUEBOND-LANGNER Myra, *The Private Worlds of Dying Children*, Princeton University Press, 1978.
- BOLTANSKI Luc, *Prime éducation et morale de classe*, Réimpr., Paris, Ed. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, coll. « Cahiers du Centre de Sociologie Européenne », n° 5, 1984.
- BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, vol. 26, n° 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1971, p. 205-233.
- BOSOMWORTH N. John, « Les inconvénients de perdre du poids », *Canadian Family Physician*, vol. 58, n° 5, mai 2012, p. 246-253.
- BOSSY Thibault, *Poids de l'enjeu, enjeu de poids : la mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France*, Thèse de doctorat, Paris, Institut d'études politiques, 2010.
- BOUBAL Camille, « L'art de ne pas gouverner les conduites. Étude de la conception des campagnes de prévention en nutrition », *Revue française de sociologie*, vol. 60, n° 3, Presses de Sciences Po, 2019, p. 457-481.
- BOUJON Laetitia et Claire BALVAY, *Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes*, Thèse de médecine, Grenoble, Faculté

- de Médecine Université Grenoble Alpes, 2020.
- BOURDIEU Pierre, « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 14, n° 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1977, p. 51-54.
- BURROWS Lizette, « Pedagogizing Families through Obesity Discourse », dans *Biopolitics and the « Obesity Epidemic »*, Routledge, 2008, p. 127-140.
- CAHNMAN Werner J., « The Stigma of Obesity », *The Sociological Quarterly*, vol. 9, n° 3, 1968, p. 283-299.
- CAIRNS Kate, Josée JOHNSTON et Norah MACKENDRICK, « Feeding the 'organic child': Mothering through ethical consumption », *Journal of Consumer Culture*, vol. 13, n° 2, juillet 2013, p. 97-118.
- CARDE Estelle, « Quand les inégalités sociales rendent les patients « difficiles » », *Emulations - Revue de sciences sociales*, n° 35-36, 30 décembre 2020, p. 51-64.
- CAROF Solenne, *Grossophobie : sociologie d'une discrimination invisible*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, coll. « Interventions », 2021.
- CAROF Solenne, « Être grosse. Du corps discréditable au corps discrédité », *Sociologie*, vol. 10, n° 3, Presses Universitaires de France, 2019, p. 285-302.
- CAROF Solenne, « Les représentations sociales du corps « gros ». Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 14, Association Amades, 15 mai 2017 (DOI : 10.4000/anthropologiesante.2396 consulté le 13 décembre 2020).
- CAROF Solenne, « Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre », *L'Année sociologique*, vol. 67, n° 1, Presses Universitaires de France, 2 mai 2017, p. 107-130.
- CAROF Solenne, « Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ? », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 140-141, Association française de anthropologues, 15 juin 2015, p. 213-233.
- CARTER Bernie, « Children - silent consumers of health care », *Journal of Child Health Care*, vol. 2, n° 2, SAGE Publications Ltd, 1^{er} juillet 1998, p. 57-57.
- CASTEL Patrick, « Le médecin, son patient et ses pairs : Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, vol. 46, n° 3, 2005, p. 443.
- COLEMAN James S., Elihu KATZ, Herbert MENZEL et Columbia University Bureau of Applied Social RESEARCH, *Medical Innovation: A Diffusion Study*, Bobbs-Merrill Company, 1966.
- CONRAD Peter, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, n° 1, 1992, p. 209-232.
- CORBEAU Jean-Pierre, « Évolution des modes de vie et des trajectoires sociales d'obésité chez les jeunes enfants », *Enfances Psy*, vol. 27, n° 2, ERES, 1^{er} octobre 2005, p. 17-23.
- COULMONT Baptiste, « Le petit peuple des sociologues », *Genèses*, vol. 107, n° 2, 27 juin 2017, p. 153-175.

- COURT Martine, Christine MENNESSON, Émilie SALAMERO et Emmanuelle ZOLESIO, « Habiller, nourrir, soigner son enfant : la fabrication de corps de classes », *Recherches familiales*, vol. 11, n° 1, 2014, p. 43-52.
- COYNE Imelda, « Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 45, n° 11, 1^{er} novembre 2008, p. 1682-1689.
- CRAMER Phebe et Tiffany STEINWERT, « Thin is good, fat is bad: How early does it begin? », *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 19, n° 3, Elsevier Science, 1998, p. 429-451.
- CRESSON Geneviève, « Entre famille et santé. Pour une sociologie des interrelations entre deux institutions », dans *Famille et santé*, Presses de l'EHESP, Rennes, coll. « Recherche, santé, social », 2010, p. 285-300.
- CRESSON Geneviève, *Le travail domestique de santé: analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1995.
- CULAN Anne-Laure et Claire SENAFFE, *Évaluation du dépistage et de la prise en charge de l'obésité infantile par les médecins généralistes en Guadeloupe*, Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud des Antilles et de la Guyane, 2018.
- DARMON Muriel, « Maigrir, une entreprise collective », dans *Le changement personnel*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines, coll. « Essais », 2015, p. 156-159.
- DARMON Muriel, « A people thinning institution: Changing bodies and souls in a commercial weight-loss group », *Ethnography*, vol. 13, n° 3, septembre 2012, p. 375-398.
- DARMON Muriel, « Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement », *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement - Review of agricultural and environmental studies*, vol. 91, INRA Editions, 2010, p. 209-228.
- DARMON Muriel, *Devenir anorexique*, Paris, La Découverte, 2008.
- DARMON Muriel, « Les « entreprises » de la morale familiale », *French Politics, Culture & Society*, vol. 17, n° 3/4, Berghahn Books, 1999, p. 1-19.
- DAUBIGNY Lucia, « Science et bon sens. La prise en charge médicale de l'obésité », *Face à face. Regards sur la santé*, n° 6, IRD – INSERM – Université de la Méditerranée Aix-Marseille, 1^{er} février 2004 (en ligne : <http://journals.openedition.org/faceaface/358> ; consulté le 18 décembre 2020).
- DAVIS Teresa, Margaret HOGG, David MARSHALL, Alan PETERSEN et Tanja SCHNEIDER, « Intersectional research stories of responsabilising the family for food, feeding and health in the twenty-first century », *European Journal of Marketing*, vol. 52, 26 septembre 2018 (DOI : 10.1108/EJM-06-2018-0394).
- DE SAINT POL Thibaut, *Le corps désirable : hommes et femmes face à leur poids*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2010.
- DECHAUX Jean-Hugues et Marie-Clémence LE PAPE, « La parentalité sous pression », Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2021, vol. 3e éd., p. 31-56.
- DESPRES Caroline, *Résultats de l'étude : « Des pratiques médicales et dentaires entre*

- différenciation et discrimination* ». Une analyse de discours de médecins et dentistes, Laboratoire LEPS - Université Paris XIII, 2017.
- DESSAJAN Séverine, « Arrangements autour des stigmates de la maladie chronique chez les adolescent e s », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, La Documentation française, 2021, p. 87-106.
- DIASIO N., V. VINEL et L. BICHET, « Transitions à l'adolescence et diabète de type 1 : une approche socio-anthropologique », *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 13, n° 5, 1^{er} septembre 2019, p. 419-426.
- DIASIO Nicoletta, « Alimentation, corps et transmission familiale à l'adolescence », *Recherches familiales*, vol. 1, n° 11, Union nationale des associations familiales, 19 mai 2014, p. 31-41.
- DIASIO Nicoletta, « Children and Food. Ambivalent Connections between Risk, Moral Technologies, and Fun », dans *Who's weight is it anyway: essays on ethics and eating*, Acco Publisher, 2010, p. 55-66.
- DIASIO Nicoletta et Vulca FIDOLINI, « Garder le cap. Corps, masculinité et pratiques alimentaires à « l'âge critique » », *Ethnologie française*, vol. 176, n° 4, Presses Universitaires de France, 1^{er} octobre 2019, p. 751-767.
- DIASIO Nicoletta, Régine SIROTA et Louise HAMELIN-BRABANT, « L'intime et le politique. Le corps de l'enfant entre recherche scientifique et action publique », *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, n° 33, Enfances, Familles, Generations, mai 2019, p. 1-18.
- DUBUISSON-QUELLIER Sophie, *Gouverner les conduites*, Paris, Sciences po-les Presses, 2016.
- DUBUISSON-QUELLIER Sophie, « Le gouvernement des conduites : instruments et acteurs », dans *Gouverner les conduites*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. « Académique », Conclusion, 2016, p. 449-469.
- DUCREUX Emilie, *Ressenti des médecins généralistes concernant le dépistage et la prise en charge de l'obésité chez l'enfant de 1 à 10 ans. Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Grand Lyon*, Thèse de médecine, Lyon, Université Claude Bernard - Lyon I, 2014.
- EG Marianne, Kirsten F, Marianne V et Vibeke L, « Adolescents: Experiences of Participating in a Weight-loss Programme, Linked to Weight Status, Health-related Quality of Life and Self-concept: A Longitudinal Study », *Journal of Childhood Obesity*, vol. 4, n° 1, iMedPub, 12 février 2019 (DOI : 10.36648/2572-5394.4.1.67 consulté le 24 octobre 2020).
- FAYEMENDY Philippe, Zinsou AVODE, Linda PIVOIS, Cécile DE ROUVRAY, Pierre JESUS et Jean-Claude DESPORT, « Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, vol. 46, n° 4, coll. « Obésité », 1^{er} septembre 2011, p. 199-205.
- FEREZ Sylvain et Julie THOMAS, « L'obésité comme « maladie chronique », ou la gestion biopolitique des avatars du gouvernement de soi », dans Anne Marcellini et Vincente Fortier, *L'obésité en question : analyse transdisciplinaire*

- d'une épidémie, Bordeaux, les Études hospitalières, coll. « À la croisée des regards », 2014.
- FISCHLER Claude, « Le complexe alimentaire moderne », *Communications*, 1993, p. 207-224.
- FISCHLER Claude, *L'omnivore : le goût, la cuisine et le corps*, Paris, O. Jacob, 1990.
- FLEGAL Katherine M., Brian K. KIT, Heather ORPANA et Barry I. GRAUBARD, « Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis », *JAMA*, vol. 309, n° 1, 2 janvier 2013, p. 71-82.
- FONSSAGRIVES Jean-Baptiste, *Le rôle des mères dans les maladies des enfants*, 1868.
- FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978*, Éditions Gallimard, 2004.
- FOUCAULT Michel, « Les techniques de soi », Cours à l'université du Vermont, octobre 1982.
- FOURNIER Tristan, « Entre médicalisation et migrations, les enjeux de l'adaptation alimentaire », *Sciences Sociales et Sante*, vol. 35, n° 1, mars 2017, p. 31.
- FOURNIER Tristan, « Suivre ou s'écarter de la prescription diététique », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 30, n° 2, John Libbey Eurotext, 15 novembre 2012, p. 35-60.
- FRANC Carine, Émilie RENARD, Marc Le VAILLANT et Nathalie PELLETIER-FLEURY, « La perception par les pédiatres des contraintes économiques. Quelle incitation dans la prise en charge de l'obésité infantile ? », *Revue économique*, Vol. 60, n° 2, Presses de Sciences Po, 30 mars 2009, p. 507-520.
- FREIDSON Eliot, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- FUCCI Stefania, « L'écoute des enfants dans les contextes de soins », *Revue des sciences sociales*, n° 63, Presses universitaires de Strasbourg, 15 juin 2020, p. 88-95.
- FULLAGAR Simone, « Governing Healthy Family Lifestyles through Discourses of Risk and Responsibility », dans *Biopolitics and the « Obesity Epidemic »*, Routledge, 2008, p. 108-126.
- GELLY Maud, Audrey MARIETTE et Laure PITTI, « Santé critique. Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 236-237, n° 1-2, Le Seuil, 2021, p. 4-19.
- GENOLINI Jean-Paul, Roxane ROCA, Christine ROLLAND et Monique MEMBRADO, « « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? », *Sciences sociales et santé*, Vol. 29, n° 3, John Libbey Eurotext, 2011, p. 81-122.
- GESERICK Mandy, Mandy VOGEL, Ruth GAUSCHE, Tobias LIPEK, Ulrike SPIELAU, Eberhard KELLER, Roland PFÄFFLE, Wieland KIESS et Antje KÖRNER, « Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity », *New England Journal of Medicine*, vol. 379, n° 14, Massachusetts Medical Society, 4 octobre 2018, p. 1303-1312.
- GOJARD Séverine, *Le métier de mère*, Paris, la Dispute, coll. « Corps, santé, société », 2010.
- GRACIA-ARNAIZ Mabel et Josep COMELLES, « Du signe clinique à la maladie somatique. Devenir obèse dans la

- société contemporaine », dans Anne Marcellini et Vincente Fortier, *L'obésité en question : analyse transdisciplinaire d'une épidémie*, Bordeaux, les Études hospitalières, coll. « À la croisée des regards », 2014.
- GRASSLER Marine, Sandrine KNOBE et William GASPARIANI, « Les parcours de prévention par le sport de l'obésité chez les enfants d'un quartier populaire strasbourgeois : transmissions familiales et rapports à l'activité physique », *Movement & Sport Sciences*, vol. 103, n° 1, EDP Sciences, coll. « La recherche interventionnelle en APA-Santé », 2 octobre 2019, p. 75-88.
- GRASSLER Marine, Sandrine KNOBE et William GASPARIANI, « Contrôle du poids des enfants et activité physique dans un quartier populaire strasbourgeois : modèles familiaux et recommandations de santé publique », n° 33, *Enfances, Familles, Generations*, mai 2019, p. 1-20.
- GREEN Trish, Jenny OWEN, Penny CURTIS, Graham SMITH, Paul WARD et Pamela FISHER, « Meaking Healthy Families? », dans *Changing Families, Changing Food*, London, Palgrave Macmillan UK, coll. « Palgrave Macmillan Studies in Family and Intimate Life », 2009, p. 205-225.
- GRIGNON Claude, « Une sociologie des normes diététiques est-elle possible ? Le cas de l'obésité », *La Vie des idées*, 27 janvier 2015 (en ligne : lavedesidees.fr).
- GUETAT Meriem, « De l'injonction à la réappropriation des messages nutritionnels ambiants », dans Nicoletta Diasio, Annie Hubert-Baré et Véronique Pardo, *Alimentations adolescentes en France principaux résultats d'AlimAdos, un programme de recherche de l'Ocha*, Paris, Observatoire CNIEL des habitudes alimentaires, 2009.
- GUILHEM Dorothé et Meryem SELLAMI, « Embellir son corps en mangeant, représentations et pratiques alimentaires des adolescentes », dans Nicoletta Diasio, Annie Hubert-Baré et Véronique Pardo, *Alimentations adolescentes en France principaux résultats d'AlimAdos, un programme de recherche de l'Ocha*, Paris, Observatoire CNIEL des habitudes alimentaires, 2009.
- HERNDON April, « Mommy Made Me Do It: Mothering Fat Children in the Midst of the Obesity Epidemic », *Food, Culture and Society: An International Journal of Multidisciplinary Research*, vol. 13, 1^{er} septembre 2010, p. 331-349.
- HOGGART Richard, *La culture du pauvre : étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*, Paris, Éd. de Minuit, coll. « Le sens commun », 1981.
- INGRAHAM Natalie et Natalie BOERO, « Thick Bodies, Thick Skins: Reflections on Two Decades of Sociology in Fat Studies », *Fat Studies*, vol. 9, n° 2, 3 mai 2020, p. 114-125.
- JACOLIN-NACKAERTS Myriam, « L'activité physique adaptée pour les personnes obèses : une socialisation de transformation ? », *Sciences sociales et sport*, N° 11, n° 1, L'Harmattan, 11 janvier 2018, p. 99-132.
- JACOLIN-NACKAERTS Myriam et Jean CLEMENT, « La lutte contre l'obésité à l'école : entre biopouvoir et individuation », *Lien social et Politiques*, n° 59, 2008, p. 47-60.
- JANIER Florence, *Évolution à court et moyen termes de la corpulence des enfants pris en charge pour obésité ou surpoids par le RéPPOP 69 : étude quantitative auprès de 102 patients.*, Thèse d'exercice en médecine, Université de Lyon, 2012.

- JARTY Julie et Tristan FOURNIER, « « Healthy children, healthy nations. » Discipliner les corps reproducteurs pour la santé de qui? », *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, n° 33, Centre Urbanisation Culture Société, 30 septembre 2019 (en ligne : <http://journals.openedition.org/efg/8936> ; consulté le 18 décembre 2020).
- JOVANOVSKI Natalie et Kay COOK, « The vulnerable-empowered mother of academic food discourses: a qualitative meta-synthesis of studies of low-income mothers and food provisioning », *Health Sociology Review*, vol. 28, n° 2, Taylor & Francis, 4 mai 2019, p. 107-125.
- KANSRA Alvina R., Sinduja LAKKUNARAJAH et M. Susan JAY, « Childhood and Adolescent Obesity: A Review », *Frontiers in Pediatrics*, vol. 8, 12 janvier 2021, p. 581461.
- KEPPENS Delphine, « Réappropriations et transmissions familiales des discours médicaux sur l'alimentation des enfants. Analyse comparative obésité et diabète de type I », dans Thomas Depecker, Anne Lhuissier et Aurélie Maurice, *La juste mesure : une sociologie historique des normes alimentaires*, Rennes Tours, Presses universitaires de Rennes Presses universitaires François-Rabelais, coll. « Tables des hommes », 2013, p. 293-316.
- KEPPENS Delphine, *Comment le médical devient familial : obésité et diabète de l'enfant*, Thèse de doctorat, Paris 5, 2010.
- LAHIRE Bernard (éd.), *Enfances de classe : de l'inégalité parmi les enfants*, Paris XIXe, Éditions du Seuil, 2019.
- LAMBOU Florence, *La prise en charge et le dépistage de l'obésité infantile : pratiques et attentes des médecins généralistes des Landes en 2013*, Thèse de médecin, 2013.
- LE PAPE Marie-Clémence, « Qu'est-ce qu'un « bon » parent? », *Lien social et politiques*, Presses de l'EHESS, 2014, p. 29-52.
- LE PAPE Marie-Clémence et Marie PLESSZ, « C'est l'heure du petit-déjeuner? Rythme des repas, incorporation et classe sociale », *L'Année sociologique*, vol. 1, n° 67, Presses Universitaires de France, 2 mai 2017, p. 73-106.
- LEFEBVRE Blandine, Claire PERRIN et Jean CAMY, « L'émergence d'un nouveau territoire professionnel de l'activité physique dans le secteur sanitaire et social. Le cas des coordonnateurs en activité physique adaptée et santé dans les Réppop (réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie) », *Revue Européenne de Management du Sport*, 1^{er} septembre 2012, p. 44-57.
- LERNOULD Cassandre et Mélissa GUERAUD, *Représentations liées au poids chez les parents d'enfants d'âge préscolaire en milieu défavorisé*, Thèse de médecine, 2021.
- LHUISSIER Anne, « The Weight-loss Practices of Working Class Women in France », *Food, Culture & Society*, vol. 15, n° 4, Routledge, 1^{er} décembre 2012, p. 643-664.
- LHUISSIER Anne, « Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence », *Journal des anthropologues*, n° 106-107, n° 3, Association Française des Anthropologues, 2006, p. 61-76.
- LIENARD Georges et Émile SERVAIS, *Capital culturel et inégalités sociales : morales de*

- classes et destinées sociales*, ENS Éditions, 2022. Première édition en 1978.
- LO IACONO Valeria, Paul SYMONDS et David H.K. BROWN, « Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews », *Sociological Research Online*, vol. 21, n° 2, SAGE Publications Ltd, 1^{er} mai 2016, p. 103-117.
- LONGCHAMP Philippe, « Goûts de liberté, goûts de nécessité : quand la diététique s'en mêle », *Sociologie et sociétés*, vol. 46, n° 2, Les Presses de l'Université de Montréal, 2014, p. 59-82.
- LORETTI Aurore, « 3. Les logiques sociales de la décision médicale », dans *La fabrique des inégalités sociales de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, coll. « Recherche, santé, social », 2021, p. 71-95.
- LUPTON Deborah, *Fat*, Milton Park, Abingdon, Oxon ; New York, NY, Routledge, 2018.
- LUPTON Deborah, « The reproductive citizen. Motherhood and health education », dans Katie Fitzpatrick et Richard Tinning, *Health education: critical perspectives*, New York, Routledge, coll. « Routledge research in education policy and politics », 2014, p. 48-60.
- LUTZ Andrea, « Internalising dietary norms and transforming food practices: social inequalities in the management of childhood obesity », *Health Sociology Review*, vol. 29, n° 1, Taylor & Francis, 2 janvier 2020, p. 16-30.
- LUTZ Andrea, « Le corps (in)discipliné : biopouvoir, résistance et inégalités dans les thérapies de l'obésité de l'enfant (Suisse) », *AnthropoChildren*, 1^{er} janvier 2019 (DOI : 10.25518/2034-8517.3155 consulté le 5 novembre 2019).
- LUTZ Andrea, « De la biopolitique à la discipline du corps. Les dynamiques de savoir-pouvoir dans les politiques de lutte contre l'obésité de l'enfant », *Sciences sociales et sante*, Vol. 36, n° 3, John Libbey Eurotext, 3 octobre 2018, p. 69-92.
- MA Chenhan, Alison AVENELL, Mark BOLLAND, Jemma HUDSON, Fiona STEWART, Clare ROBERTSON, Pawana SHARMA, Cynthia FRASER et Graeme MACLENNAN, « Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis », *BMJ*, vol. 359, British Medical Journal Publishing Group, rubrique « Research », 14 novembre 2017 (DOI : 10.1136/bmj.j4849 consulté le 1^{er} juin 2022).
- MARTIN Claude, « Collectiviser la question parentale : les apports des parenting cultures studies », *Lien social et Politiques*, n° 85, Lien social et Politiques, 2020, p. 252-259.
- MATHIOT Louis, « L'alimentation des enfants du point de vue de leurs parents : des représentations du risque différenciées selon l'appartenance sociale des familles », *Sociologie et sociétés*, vol. 2, n° 46, 2014, p. 133-154.
- MATTAZZI Laure, *Obésité pédiatrique : quand la prise en charge se heurte à un arrêt prématuré du suivi. Etude quantitative des facteurs susceptibles d'influencer la durée du suivi des familles d'enfants en surpoids et/ou obèses, dans le cadre du parcours de soins proposé par le réseau Réppop69*, Thèse d'exercice en médecine, Lyon, Université Claude Bernard - Lyon I, 2019.
- MAURICE Aurélie, « L'éducation alimentaire en collège à l'épreuve de l'histoire familiale des élèves », *Recherches*

- familiales*, vol. 10, n° 1, Union nationale des associations familiales, 12 mars 2013, p. 127-137.
- MAZOUZ Sarah, « Les mots pour le dire. La qualification raciale de l'enquête de terrain à l'écriture », 2008, p. 81-98.
- MAZUR Artur, Paweł MATUSIK, Krista REVERT, Sergey NYANKOVSKYY, Piotr SOCHA, Monika BINKOWSKA-BURY, Joanna GRZEGORCZYK, Margherita CAROLI, Sandra HASSINK, Grzegorz TELEGA et Ewa MALECKA-TENDERA, « Childhood Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of European Pediatric Care Providers », *Pediatrics*, vol. 132, n° 1, 1^{er} juillet 2013 (DOI : 10.1542/peds.2012-3239 consulté le 5 avril 2023).
- MENNESSON Christine, Emmanuelle ZOLELIO, Martine COURT et Sarah NICAISE, « Le corps des inégalités : vêtements, santé et alimentation », dans Bernard Lahire, *Enfances de classe : de l'inégalité parmi les enfants*, Paris XIXe, Éditions du Seuil, 2019.
- MERLAUD Fabien et Philippe TERRAL, « Lutte contre l'obésité par l'activité physique et fondements du consensus fragile entre experts », *Santé Publique*, vol. 51, HS, S.F.S.P., 22 juin 2016, p. 33-40.
- MERLAUD Fabien, Philippe TERRAL et Nadine HASCHAR-NOE, « S'engager dans la lutte contre l'obésité et la sédentarité en France. La construction d'une expertise hybride et située par les réseaux associatifs de prévention et de soins », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n° 7, Association française de sociologie, 2 mars 2012 (DOI : 10.4000/socio-logos.2691 consulté le 12 janvier 2021).
- MONNERAUD Lise, « Les médecins "promoteurs" dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, La Documentation française, 2011, p. 276-296.
- MOUGEL Sarra, « La sociologie de la médecine méconnaît-elle l'enfance ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 40, n° 2, John Libbey Eurotext, 2022, p. 61-70.
- MOUGEL Sarra, « Paroles d'enfants, paroles sur l'enfant atteint de cancer en hospitalisation pédiatrique à domicile », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 23, Association Amades, 23 novembre 2021 (DOI : 10.4000/anthropologiesante.9987 consulté le 31 janvier 2023).
- MOUGEL-COJOCARU Sarra, « Quand les enfants veillent « seuls » sur leur trajectoire hospitalière », *Face à face. Regards sur la santé*, n° 10, IRD – INSERM – Université de la Méditerranée Aix-Marseille, 1^{er} octobre 2007 (en ligne : <https://journals.openedition.org/faceafac/118> ; consulté le 21 avril 2023).
- MOUGEL-COJOCARU Sarra, « Au-delà de l'accompagnement : le "double" travail des parents lors d'une consultation pédiatrique spécialisée », *Recherches familiales*, vol. 4, n° 1, Union nationale des associations familiales, 2007, p. 149-163.
- NHINGPANNHA-PALOMBA H., V. CHALENCON, V. BONNETERRE, C. RAYNAUD et H. PATURAL, « Que deviennent 10 ans après, les enfants suivis pour surpoids ou obésité ? Etude observationnelle », *Archives de Pédiatrie*, vol. 20, n° 7, 1^{er} juillet 2013, p. 731-738.
- O'DEA Jennifer A., « Prevention of child obesity: 'First, do no harm' », *Health*

- Education Research*, vol. 20, n° 2, Oxford Academic, 1^{er} avril 2005, p. 259-265.
- PATICO Jennifer, « Regulating without controlling: Children's food and self-management in the U.S. middle class », *Children & Society*, vol. 34, n° 4, 2020, p. 276-290.
- PAYET Gaëlle, *L'obésité infantile, un problème de poids pour les médecins généralistes : exploration des représentations des médecins généralistes de la Possession concernant l'obésité infantile et sa prise en charge*, Mémoire de médecine, Université de Bordeaux, 2018.
- PERETTI-WATEL Patrick, « L'homo medicus, cible fictive de la prévention des conduites à risque », dans *Se doper pour travailler*, Toulouse, ERES, 2017, p. 45-58. Container-title: *Se doper pour travailler*.
- PERETTI-WATEL Patrick, « De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, vol. 46, n° 4, coll. « Obésité », 1^{er} septembre 2011, p. 173-177.
- PERRIN Claire, « Obésité et logiques d'intervention », dans Anne Marcellini et Vincente Fortier, *L'obésité en question : analyse transdisciplinaire d'une épidémie*, Bordeaux, les Études hospitalières, coll. « À la croisée des regards », 2014.
- PETERSEN Alan, Claire TANNER et Suzanne FRASER, « Practicing Food Anxiety: Making Australian Mothers Responsible for Their Families' Dietary Decisions », *Food and Foodways*, vol. 22, 1^{er} juillet 2014 (DOI : 10.1080/07409710.2014.935671).
- PILL Roisin, Rosemary DEARDEN et Margaret STACEY, *Hospitals, children and their families: the report of a pilot study*, London, Routledge & K. Paul, coll. « Medicine, illness and society », 1970.
- POULAIN Jean-Pierre, *Sociologie de l'obésité*, Presses Universitaires de France, 2009.
- POULAIN Jean-Pierre, « Sociologie de l'obésité : facteurs sociaux et construction sociale de l'obésité », dans Arnaud Basdevant et Bernard Guy-Grand, *Médecine de l'obésité*, Flammarion, coll. « Sciences médicales », 2004, p. 17-25.
- PROD'HOMME Laurène, Clara RIGLET, Nathalie GODART et Caroline HUAS, « Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale », *Sante Publique*, Vol. 31, n° 1, S.F.S.P., 23 mai 2019, p. 7-17.
- REGNIER Faustine, « La perception des messages de santé par les populations défavorisées », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, vol. 46, n° 4, coll. « Obésité », 1^{er} septembre 2011, p. 206-212.
- REGNIER Faustine et Ana MASULLO, « Le régime entre santé et esthétique ? Significations, parcours et mise en oeuvre du régime alimentaire », *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement - Review of agricultural and environmental studies*, vol. 91, n° 2, 2010, p. 185-208.
- REGNIER Faustine et Ana MASULLO, « Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, vol. 4, n° 50, 2009, p. 747-773.
- ROLLET Catherine, *Les carnets de santé des enfants*, Paris, La Dispute, coll. « Corps, santé, société », 2008.
- ROUSSEAU Audrey, « L'institutionnalisation des fat studies : l'impensé des « corps gros » comme modes de subjectivation

- politique et scientifique », *Recherches féministes*, vol. 1, n° 29, 2016, p. 9-32.
- SAGUY Abigail, *What's wrong with fat?*, New York, Oxford University Press, 2014.
- SAGUY Abigail et Kevin W. RILEY, « Weighing both sides: morality, mortality, and framing contests over obesity », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n° 5, octobre 2005, p. 869-921.
- SALAZAR Melissa L., « Public schools, private foods: Mexicano memories of culture and conflict in American school cafeterias », *Food and Foodways*, vol. 15, n° 3-4, Routledge, 26 octobre 2007, p. 153-181.
- SCHLEGEL Vincent, « Le bon, le sucré et le patient : les diabétiques face à la transformation de leurs habitudes alimentaires », *Sociologie*, vol. 13, n° 4, Presses Universitaires de France, 2022, p. 381-398.
- SERRE Delphine, « Le bébé "superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, vol. 31, n° 3, Presses de Sciences Po, 1998, p. 107-127.
- SHREWSBURY Vanessa et Jane WARDLE, « Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005 », *Obesity (Silver Spring, Md.)*, vol. 16, n° 2, février 2008, p. 275-284.
- STRAUSS Anselm L., *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Isabelle Baszanger (éd.), Paris, Ed. L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992.
- TARANTINI Clément, Chantal VERGELYS et Patrick PERETTI-WATEL, « Pauvreté, « présentisme » et prévention », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, n° 19, ADR Temporalités, 25 juin 2014 (DOI : 10.4000/temporalites.2832 consulté le 18 décembre 2020).
- TATES Kiek et Ludwien MEEUWESEN, « Doctor–parent–child communication. A (re)view of the literature », *Social Science & Medicine*, vol. 52, n° 6, 1^{er} mars 2001, p. 839-851.
- TIBERE Laurence, Jean Pierre POULAIN, Rossana PROENCA et S. JEANNOT, « Adolescents obèses face à la stigmatisation », *Obésité*, vol. 2, 1^{er} avril 2007, p. 173-181.
- TOUNIAN Patrick, « Why are there fewer obese children in France than in other Western European countries? », *Acta Paediatrica*, vol. 104, n° 2, 2015, p. 118-120.
- TOUNIAN Patrick, « Programming towards childhood obesity », *Annals of Nutrition & Metabolism*, 58 Suppl 2, 2011, p. 30-41.
- VANDEBROECK Dieter et Françoise WIRTH, « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 208, n° 3, Le Seuil, 22 juin 2015, p. 14-39.
- WARD Zachary J., Michael W. LONG, Stephen C. RESCH, Catherine M. GILES, Angie L. CRADOCK et Steven L. GORTMAKER, « Simulation of Growth Trajectories of Childhood Obesity into Adulthood », *New England Journal of Medicine*, vol. 377, n° 22, Massachusetts Medical Society, 30 novembre 2017, p. 2145-2153.
- WASSMER E., G. MINNAAR, N. ABDEL AAL, M. ATKINSON, E. GUPTA, S. YUEN et G. RYLANCE, « How do paediatricians communicate with children and

parents? », *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, vol. 93, n° 11, novembre 2004, p. 1501-1506.

WILLS Wendy, Kathryn BACKETT-MILBURN, Susan GREGORY et Julia LAWTON, « Perception de leur corps et de ceux des autres chez de jeunes adolescents écossais : entre minces et obèses »,

Corps, n° 4, n° 1, Dilecta, 1^{er} décembre 2008, p. 55-62.

WRIGHT Jan, JaneMaree MAHER et Claire TANNER, « Social class, anxieties and mothers' foodwork », *Sociology of Health & Illness*, vol. 37, n° 3, mars 2015, p. 422-436.