

**ÉCOLE DOCTORALE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES – PERSPECTIVES
EUROPÉENNES**

Unité de recherche « Sport et Sciences Sociales » – UR 1342

THÈSE présentée par :

Marine GRASSLER

soutenue le : **07 décembre 2021**

Pour obtenir le grade de : **Docteur en STAPS Université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Sciences sociales du sport

**Prévenir la surcharge pondérale des enfants et adolescents
par l'activité physique : rapports aux dispositifs de santé et
effets des conditions de vie.**

L'exemple de trois quartiers populaires en Alsace.

THÈSE co-dirigée par :

M. GASPARINI William

Mme KNOBÉ Sandrine

Professeur des universités, Université de Strasbourg
Ingénieure de recherche, HDR, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Mme VINEL Virginie

Comté

M. FERREZ Sylvain

Professeure des universités, Université de Franche-

Comté
Maître de conférences HDR, Université de Montpellier

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Mme JONCHERAY Hélène

M. VIEILLE MARCHISET Gilles

Maître de conférences, Université Paris Descartes

Professeur des universités, Université de Strasbourg

Remerciements

Au cours de ces quatre dernières années, j'aurai eu l'occasion de comprendre qu'une thèse est finalement le fruit d'un travail collectif. C'est pourquoi je tenais à remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont permis d'aboutir à ce projet.

Je souhaite chaleureusement remercier mes co-directeurs de thèse – Sandrine Knobé et William Gasparini – qui ont su me guider, m'accompagner, me conseiller de manière adaptée et me faire profiter de leur expérience tout au long de ce parcours. Du concours doctoral pour obtenir un financement à la soutenance de thèse, ils ont su se rendre disponibles et à l'écoute me permettant de mener à bien mon projet.

Je remercie également les professionnels des dispositifs PRECCOSS et ODE-RÉPPOP sans qui je n'aurais jamais pu entrer en contact avec les familles, accéder aux ateliers sportifs et culinaires et à tant de données si précieuses. Les familles (enfants, parents, grands-parents) ont été d'une gentillesse et d'un accueil formidable, je ne pourrai jamais assez les remercier de m'avoir fait confiance, de m'avoir ouvert leur porte et d'avoir accepté de me livrer un petit bout de leur parcours de vie.

Une thèse, au-delà de s'inscrire dans une thématique d'une unité de recherche, est aussi l'occasion d'échanger, de travailler avec une équipe pluridisciplinaire, toujours prête à transmettre des conseils, des références pour faire évoluer les pensées, pour bousculer et conduire toujours à se questionner. Je remercie donc vivement toute l'équipe du laboratoire Sport et Sciences Sociales (E3s) – enseignants-chercheurs, doctorant.e.s, associé.e.s... – pour leur accueil et leur bienveillance.

Je tiens à remercier l'ensemble de ma famille, et plus particulièrement mes parents et ma sœur, qui malgré la distance ont été d'un véritable soutien tant sur le plan personnel que psychologique, et qui ont pris le temps de relire attentivement l'ensemble de mon travail en plus de leurs propres obligations professionnelles et familiales.

Enfin, je remercie de tout mon cœur Déodat, mon conjoint, sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Merci infiniment d'avoir cru en moi du début à la fin, de m'avoir poussée à aller toujours plus loin, et d'être à mes côtés en toutes circonstances.

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS.....	7
TABLE DES FIGURES.....	9
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	10
TABLE DES TABLEAUX	11
INTRODUCTION GENERALE.....	14
CHAPITRE 1 DU BIEN MANGER AU BIEN BOUGER : GENESE DE LA CONSTRUCTION DE POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE SURPOIDS ET L'OBESITE CHEZ LES ENFANTS.....	22
1. SURPOIDS ET OBESITE INFANTILE : EMERGENCE D'UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE.....	26
1.1 <i>Évolution des outils de surveillance du poids des enfants en fonction des représentations du corps et de la santé</i>	26
1.2 <i>Obésité infantile entre causes multidimensionnelles et poids des responsabilités individuelles</i> ...	29
1.3 <i>Amalgame entre surpoids et obésité : des conséquences pourtant bien différentes sur la santé des enfants et adolescents</i>	36
2. DETERMINER ET MESURER LA SURCHARGE PONDERALE : LEGITIMATION DU PROBLEME PAR L'INTERMEDIAIRE DE L'IMC	40
2.1. <i>Tentative de définition internationale du surpoids et de l'obésité infantile : généralisation de l'utilisation de l'IMC</i>	40
2.2. <i>Le contrôle de la surcharge pondérale des enfants français : l'adaptation des références internationales aux données propres à la France</i>	44
2.3. <i>Face aux critiques de l'usage unique de l'IMC : préconisation d'une diversification des outils de mesure du surpoids</i>	46
3. ÉPIDEMIOLOGIE DE L'OBESITE : LA PRODUCTION DE DONNEES PAR LES INSTITUTIONS DU GLOBAL AU LOCAL.....	50
3.1. <i>L'OMS : principale productrice de données statistiques sur le surpoids et l'obésité infantile à l'échelle internationale</i>	50
3.2. <i>La mise en place en Europe d'une surveillance de la prévalence de l'obésité infantile grâce au Child Obesity Surveillance (COSI)</i>	55
3.3. <i>Une forte production de données émanant de différentes institutions françaises sur la prévalence du surpoids et de l'obésité infantile en France</i>	59
3.4. <i>Épidémiologie de la surcharge pondérale au niveau local : les agences régionales de santé productrices de données</i>	62
4. QUELLES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE PAR L'ACTIVITE PHYSIQUE ET L'ALIMENTATION POUR LUTTER CONTRE LE SURPOIDS ET L'OBESITE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS ?.....	66
4.1. <i>Une législation spécifique aux enfants et adolescents comme outil de prévention primaire</i>	66

4.2.	<i>Plan National Nutrition Santé : des résultats controversés et des ambiguïtés entre alimentation et activité physique</i>	67
4.3.	<i>Des recommandations de prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses émises par la Haute Autorité de Santé (HAS)</i>	71
4.4.	<i>Un plan d'action de lutte contre l'obésité infantile au sein de l'Union Européenne et des dispositifs spécifiques de prise en charge de l'obésité infantile dans plusieurs pays d'Europe</i>	73
5.	DU NATIONAL AU LOCAL : L'EMERGENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES LOCALES DE LUTTE CONTRE L'OBESITE	76
CHAPITRE 2 DE L'ACTION PUBLIQUE AUX PRATIQUES DE « SPORT-SANTE » DES ENFANTS EN SURPOIDS ET DE LEUR FAMILLE : RECEPTION ET TRANSMISSION		82
1.	LA TRANSMISSION, UN PROCESSUS COMPLEXE ET MULTIFACTORIEL	85
1.1	<i>Modalités de la transmission : des indicateurs multiples et variés</i>	85
1.2	<i>De la transmission à la réception</i>	89
2.	LE SURPOIDS ET L'OBESITE INFANTILES AU PRISME DES CLASSES POPULAIRES	93
2.1	<i>Le lieu de vie : quel effet sur la pratique physique ?</i>	93
2.2	<i>L'obésité infantile dans les milieux populaires : une inégalité sociale de santé</i>	95
2.3	<i>Corps et usages du corps : le rapport à l'alimentation et à l'activité physique des classes populaires</i>	100
3.	LA FAMILLE : PRINCIPAL ACTEUR DE TRANSMISSION MAIS SECONDEE PAR D'AUTRES INSTANCES	104
3.1	<i>L'effet des configurations familiales dans les quartiers populaires</i>	104
3.2	<i>Les familles issues de l'immigration</i>	106
3.3	<i>L'école : une institution remettant en question les transmissions familiales</i>	111
3.3.1	<i>L'école une institution intermédiaire pour la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses</i>	111
3.3.2	<i>Le bénéfice attendu des programmes par les parents</i>	113
3.3.3	<i>L'enfant, acteur des transmissions scolaires des programmes de prévention ?</i>	114
4.	L'ENFANT AU CŒUR DES TRANSMISSIONS : UN EFFET DE GENERATION EN GENERATION ?	116
4.1	<i>Transmission des comportements de santé de génération en génération</i>	116
4.2	<i>Plus les parents sont actifs, plus les enfants sont actifs</i>	118
4.3	<i>Le poids culturel des aliments</i>	120
5.	DES HYPOTHESES DE RECHERCHE	123
5.1	<i>Le poids des caractéristiques résidentielles : effets de quartier et de dispositif</i>	124
5.2	<i>Les effets des configurations familiales : rôles différenciés en fonction du genre et de la place dans la fratrie</i>	125
5.3	<i>D'autres instances de renforcement ou de résistance aux transmissions familiales, notamment à l'adolescence</i>	126
5.4	<i>L'enfant au cœur des réceptions : impact des pratiques alimentaires, sportives du pays d'origine</i>	127
6.	METHODOLOGIE DE L'ENQUETE : UNE APPROCHE QUALITATIVE	128
6.1	<i>Terrain de l'enquête : comparaison de trois quartiers populaires</i>	128

6.2	<i>Les personnes à enquêter : quelle population ?</i>	130
6.3	<i>Les outils de recueil des données</i>	131
6.3.1	Entretiens semi-directifs.....	131
6.3.2	Carnet de bord	132
6.3.3	Observations des pratiques.....	134
6.4	<i>Remarques à l'issue du recueil des données</i>	135
6.4.1	Atténuer la distanciation sociale entre enquêtrice et enquêtés	135
6.4.2	L'interprétation des données : de la retranscription à l'analyse	139
6.4.3	Les difficultés d'accès aux informations	141

CHAPITRE 3 INFLUENCE DES CARACTERISTIQUES RESIDENTIELLES : EFFETS DE QUARTIER ET DE DISPOSITIF 147

1.	DEUX QUARTIERS STRASBOURGEOIS BENEFICIANT DE L'ACTION PRECCOSS : ENTRE SIMILARITES ET HETEROGENEITE ..	150
1.1	<i>Présence d'un dispositif municipal de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles à Strasbourg</i>	150
1.1.1	PRECCOSS : un dispositif de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles piloté par la municipalité de Strasbourg	151
1.1.2	Rapports d'activité de PRECCOSS : de nombreux enfants en surpoids ou obèses n'intègrent pas le dispositif ou en sortent rapidement	154
1.2	<i>Le Neuhof : un sentiment d'insécurité et de manque d'offres malgré plusieurs dispositifs et associations implantés dans le quartier</i>	157
1.2.1	Quelques données sociodémographiques sur le Neuhof	157
1.2.2	Un réseau de santé important dans le quartier mais des orientations vers le dispositif PRECCOSS limitées	160
1.2.3	Des activités physiques et de loisirs proposées dans le quartier pas assez développées selon les familles rencontrées	164
1.2.4	Un sentiment d'insécurité dans le quartier : un frein à la pratique d'activités physiques des enfants	171
1.3	<i>Un quartier en pleine rénovation urbaine mis en retrait : le Port-du-Rhin</i>	174
1.3.1	Port-du-Rhin : le plus grand projet de rénovation urbaine à Strasbourg	174
1.3.2	Port-du-Rhin : un des quartiers les plus pauvres de Strasbourg et une offre médicale limitée	180
1.3.3	Le Port-du-Rhin, un quartier enclavé où les possibilités de pratique sportive sont quasiment inexistantes.....	183
2.	L'ACTION LOCALE D'UN RESEAU ASSOCIATIF DE PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE INFANTILES	189
2.1	<i>Prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses dans le Haut-Rhin : le réseau ODE-RÉPPOP</i>	189
2.2	<i>Un quartier en-dessous des moyennes alsaciennes dans la prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles : Les Coteaux</i>	193
3.	SORTIR OU NON DANS LE QUARTIER : L'EFFET DES REPRESENTATIONS DES FAMILLES	203
3.1	<i>Sentiment d'insécurité dans le quartier : un frein aux activités physiques des enfants ?</i>	203
3.1.1	Un sentiment d'insécurité limitant l'activité physique des enfants et plus particulièrement des filles	204

3.1.2	Quand le sentiment d'insécurité conduit les enfants vers une pratique sportive à l'extérieur du quartier	205
3.2	<i>Des enfants autorisés à sortir dans le quartier : pas plus actifs pour autant</i>	207
3.3	<i>Aucun avis émis sur le quartier : une majorité de familles récemment arrivées dans le quartier et qui restent entre eux à la maison</i>	211
4.	LE STYLE DE VIE ACTIF DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SURPOIDS OU OBESES DANS LES QUARTIERS POPULAIRES : EFFET DE QUARTIER OU DE DISPOSITIF ?	216
CHAPITRE 4 ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SURCHARGE PONDERALE AU CŒUR D'UN SYSTEME DE TRANSMISSION : UNE PLURALITE D'ACTEURS AUX ROLES DIFFERENCIES SUR LES PRATIQUES SPORTIVES ...		
222		
1.	LA FAMILLE COMME PRINCIPALE INSTANCE DE TRANSMISSION D'UN STYLE DE VIE ACTIF	225
1.1	<i>Un rôle différencié : importance des mères dans l'accompagnement et l'incitation à la pratique sportive</i>	225
1.2	<i>Une diversité de discours sur l'obésité en fonction du poids des membres de la fratrie</i>	234
1.3	<i>Un rapport « éloigné », « utilitaire » ou de « bien-être global » à l'activité physique : quels impacts sur la pratique des enfants ?</i>	238
2.	LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESETE INFANTILE : UNE PARTICIPATION LIMITEE ET DES DISCOURS DIVERS SUR LES BIENFAITS	249
2.1	<i>Seule activité physique des enfants : les ateliers des dispositifs</i>	249
2.2	<i>Regard des familles sur les dispositifs : entre bénéfiques et déception</i>	256
3.	IMPACT PLUS NUANCE D'AUTRES ACTEURS SUR L'ENFANT ET LES MERES	264
3.1	<i>Les voisins : des acteurs clés pour les mères et la socialisation sportive de l'enfant</i>	264
3.2	<i>Les amis : des acteurs davantage présents auprès des adolescents</i>	269
3.3	<i>L'école : des actions confuses pour les familles et des activités non adaptées</i>	273
4.	LA FAMILLE AU CŒUR DE LA TRANSMISSION D'UN STYLE DE VIE ACTIF DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SURPOIDS OU OBESES	279
CHAPITRE 5 ENFANTS ET ADOLESCENTS D'IMMIGRES : L'IMPACT DU PARCOURS MIGRATOIRE DES PARENTS SUR LES PRATIQUES ALIMENTAIRES ET PHYSIQUES		
285		
1.	L'IMPACT DU PARCOURS MIGRATOIRE SUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ET L'ALIMENTATION DES FAMILLES	289
1.1	<i>Davantage d'activités physiques dans le pays d'origine : un cadre favorisant la mise en mouvement</i>	290
1.2	<i>Des pratiques physiques différentes entre parents et enfants : effet de l'origine ethnoculturelle ou de génération ?</i>	299
1.3	<i>L'influence de la religion musulmane sur l'activité physique et l'alimentation</i>	307
1.3.1	<i>Une alimentation traditionnelle basée sur les indications de la religion</i>	307
1.3.2	<i>Religion et activité physique : entre pression du quartier et émancipation des femmes</i>	311
1.4	<i>La précarité du statut administratif : un frein à la pratique physique des parents et des enfants</i>	315

2.	CONTRADICTIONS DES DISCOURS ENTRE PROFESSIONNELS ET FAMILLES : LA CULPABILISATION DES MERES.....	321
2.1	<i>Le regard des professionnels sur les familles : entre compréhension et jugement.....</i>	321
2.2	<i>Les mères immigrées se désignent comme principales responsables du surpoids et de l'obésité de leurs enfants</i>	335
3.	LE PARCOURS MIGRATOIRE DES FAMILLES : CONFRONTATION ENTRE CULTURE TRADITIONNELLE ALIMENTAIRE ET SPORTIVE, PROFESSIONNELS DE SANTE ET CULTURE DU PAYS D'ACCUEIL	342
	CONCLUSION GENERALE.....	347
1.	L'ENFANT A LA CROISEE DES INFLUENCES : ENTRE DETERMINATION ET AUTONOMIE.....	348
2.	L'APPORT DE LA RECHERCHE DOCTORALE	352
3.	LES LIMITES METHODOLOGIQUES ET THEORIQUES DE LA RECHERCHE	356
4.	QUELQUES PERSPECTIVES : COMPARER LES TERRITOIRES ET LES DISPOSITIFS	358
	BIBLIOGRAPHIE	361
	ANNEXES.....	399

Table des sigles et des abréviations

1. APAS : Activités Physiques Adaptées et de Santé
2. ARS : Agence Régionale de Santé
3. CLS : Contrat Local de Santé
4. CN-RÉPPOP : Coordination Nationale des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
5. Coop : société coopérative de consommation de Strasbourg
6. CSC : Centre Socio-Culturel
7. EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante
8. EPS : Éducation Physique et Sportive
9. HAS : Haute Autorité de Santé
10. IASO: International Association for the Study of Obesity
11. IMC : Indice de Masse Corporelle
12. INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
13. INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
14. IOTF: International Obesity Task Force
15. MEN : Ministère de l'Éducation Nationale
16. MUS : Maison Urbaine de Santé
17. ODE : Obésité et Diabète de l'Enfant
18. OMS : Organisation Mondiale de la Santé
19. ONAPS : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité
20. OTAN : Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
21. PMI : Protection Maternelle et Infantile
22. PNNS : Plan National Nutrition Santé
23. PRECCOSS : Prise En Charge Coordinée des enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg
24. QPV : Quartier Prioritaire de la politique de la Ville
25. RÉPPOP : Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
26. SHS : Sciences Humaines et Sociales
27. SSSO : Sport Santé sur Ordonnance
28. STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
29. TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
30. UE : Union Européenne
31. UNSS : Union National du Sport Scolaire

- 32. UVS : Unis Vers le Sport
- 33. ZEP : Zone d'Éducation Prioritaire
- 34. Zfu : Zone franche urbaine
- 35. ZUS : Zone urbaine sensible

Table des figures

Figure 1 : Modèle écologique des prédictors du surpoids chez l'enfant (Birch & Davinson, 2001).....	35
Figure 2 : Tendances aux USA, au R-U et en France montrant un plateau apparent de surpoids et d'obésité à partir de 2005.	53
Figure 3 : Tendances de la prévalence du surpoids dans 8 pays émergents à niveau de revenus bas et moyens.	54
Figure 4 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les garçons âgés de 6 à 9 ans en 2009/2010 par pays et par âge (COSI).	57
Figure 5 : Prévalence de l'obésité et du surpoids des enfants de 7 à 11 ans.	58
Figure 6 : Découpage des axes, objectifs et mesures du PNNS	69
Figure 7 : Taux de surpoids et d'obésité des élèves de sixième sur le territoire alsacien entre 2014 et 2016 (Imbert, 2017).	99
Figure 8 : Orientation des enfants et adolescents vers le dispositif PRECCOSS	151
Figure 9 : Synthèse des impacts du projet d'aménagement du quartier du Port-du-Rhin....	177
Figure 10 : Localisation des équipements sportifs à Mulhouse.....	197

Table des illustrations

Illustration 1 : Limite du Neuhof (capture d'écran Google earth)	157
Illustration 2 : Cartographie interactive de l'offre sportive dans le QPV du Neuhof.....	167
Illustration 3 : Carte des parcours Vitaboucle à Strasbourg	168
Illustration 4 : Hôtel incendié pendant le sommet de l'OTAN en 2009 au Port-du-Rhin	175
Illustration 5 : Emplacement de l'ancien hôtel Ibis incendié en 2009 pendant le sommet de l'Otan. Port du Rhin, Strasbourg le 4 avril 2019. — G. Varela / 20 Minutes.....	176
Illustration 6 : Limite du quartier Port-du-Rhin (capture d'écran Google earth).....	180
Illustration 7 : Carte des parcours Vitaboucle à Strasbourg	184
Illustration 8 : Vue d'ensemble du quartier des Coteaux à Mulhouse en 3D	194

Table des tableaux

Tableau 1 : Association observée dans différentes cohortes entre l'IMC élevé pendant l'enfance ou l'adolescence et des conditions pathologiques à l'âge adulte.....	37
Tableau 2 : Pathologies associées à l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence.	38
Tableau 3 : Terminologie en France des seuils de la maigreur, du surpoids et de l'obésité en fonction de l'IMC pour les enfants de moins de 18 ans.....	46
Tableau 4 : Estimation de la prévalence de l'excès de poids chez les enfants d'âge scolaire dans différentes régions du monde sur la période 2010-2013.	52
Tableau 5 : Prévalence et évolution de la prévalence de l'obésité infantile en France	59
Tableau 6 : Évolution de l'indicateur de surcharge pondérale (y compris obésité) des enfants de 5 à 6 ans - 2000-2013	63
Tableau 7 : Indicateurs concernant la surcharge pondérale des enfants de 6ème par zone de proximité en Alsace - 2014-2015	64
Tableau 8 : Exemple d'objectivation des données d'un carnet de bord.....	140
Tableau 9 : Caractéristiques des familles enquêtées.....	144
Tableau 10 : Récapitulatif des membres de l'entourage de l'enfant rencontrés	145
Tableau 11 : Caractéristiques des professionnel(le)s enquêté(e)s	146
Tableau 12 : Répartition des enfants selon le type de population considérée et par année	154
Tableau 13 : Proportion d'enfants de 5-6 ans en surpoids ou obèses, scolarisés en grande section de maternelle à Strasbourg, selon le type de quartier de résidence en 2014-2017.	155
Tableau 14 : Nombre moyen de participants par quartier et par tranche d'âge.....	156
Tableau 15 : Données sociodémographiques sur le quartier du Neuhof	158
Tableau 16 : Données sociodémographiques sur les ressources économiques de la population du Neuhof.....	158
Tableau 17 : Résultats bilans infirmiers réalisés par les personnels de l'Éducation Nationale auprès des élèves de 6 ^{ème} des établissements publics en 2014	159

Tableau 18 : Données sociodémographiques sur le quartier du Port-du-Rhin	181
Tableau 19 : Données sociodémographiques sur les ressources économiques de la population du Port-du-Rhin	181
Tableau 20 : Proportion d'enfants de 5-6 ans en surpoids et obèses, scolarisés en grande section de maternelle à Strasbourg, selon le quartier et le genre	182
Tableau 21 : Récapitulatif des caractéristiques communes et divergentes du Réseau ODE-RÉPPOP et du dispositif PRECCOSS	192
Tableau 22 : Données sociodémographiques sur le quartier des Coteaux.....	193
Tableau 23 : Données sociodémographiques sur les ressources économiques de la population des Coteaux.....	195
Tableau 24 : Résultats bilans infirmiers réalisés par les personnels de l'Éducation Nationale auprès des élèves de 6 ^{ème} des établissements publics en 2014	196
Tableau 25 : Comparaison des activités physiques de Jordan entre son ancien et nouveau quartier.....	202
Tableau 26 : Caractéristiques principales des familles dont au moins l'un des parents éprouve un sentiment d'insécurité dans le quartier	207
Tableau 27 : Caractéristiques principales des familles dont les parents n'éprouvent pas de sentiment d'insécurité dans le quartier	209
Tableau 28 : Caractéristiques principales des familles dont les parents n'évoquent ni de sentiment d'insécurité, ni de sécurité dans leur quartier d'habitation	214
Tableau 29 : Classement récapitulatif des enfants en fonction de la vision du quartier de leurs parents.....	215
Tableau 30 : Configuration familiale et emploi des parents	229
Tableau 31 : Membre de la famille ayant appris à faire du vélo à l'enfant et à ses parents .	231
Tableau 32 : D'un style de vie actif à sédentaire : les cas de Chloé, Juliette et Jordan	239
Tableau 33 : Logiques familiales différenciées d'activité physique et activités sportives des enfants.....	242

Tableau 34 : Rapport "éloigné" à l'activité physique et pratiques sportives des membres de la famille.....	243
Tableau 35 : Rapport "utilitaire" à l'activité physique et pratiques sportives des membres de la famille	244
Tableau 36 : Rapport de "bien-être global" à l'activité physique et pratiques sportives des membres de la famille.....	247
Tableau 37 : Activités physiques des enfants inclus dans un dispositif de prise en charge de l'obésité infantile au moment de l'enquête.....	250
Tableau 38 : Activités physiques des enfants n'ayant pas donné suite à l'ordonnance médicale de l'un des dispositifs	253
Tableau 39 : Activités physiques des enfants ayant arrêté le suivi au sein de PRECCOSS ou RÉPPOP.....	255
Tableau 40 : Origines des enfants, de leurs parents et de leurs grands-parents	289

Introduction générale

Déclarée épidémie mondiale depuis les années 2000 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2004, 2006, 2013), l'obésité préoccupe tous les agents du monde social, tant les hommes que les femmes, les adultes que les enfants, comme l'atteste le dernier rapport parlementaire publié le 21 juillet 2021 en France¹. Selon l'OMS, les principales causes de l'augmentation de l'obésité infantile se trouvent dans un changement de régime alimentaire avec une consommation accrue d'aliments énergétiques riches en graisses et en sucres mais pauvres en vitamines, minéraux et autres micronutriments sains, et une tendance à la diminution de l'activité physique (Deguilhem & Juanico, 2016 ; ONAPS, 2020).

Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale note également en 2002 qu'« *une augmentation générale de l'obésité infantile, prédictive de l'obésité adulte, est significativement plus importante parmi les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (17,3 % contre 13,3 % hors ZEP)* » (p.66). Depuis le début des années 1990, les inégalités sociales vis-à-vis du risque d'obésité se sont creusées en France. La prévalence de l'obésité a augmenté dans toutes les catégories socioprofessionnelles mais de façon beaucoup plus importante parmi les agriculteurs, ouvriers et employés que parmi les cadres. Les écarts selon le niveau de diplôme se sont également fortement accrus (de Saint Pol, 2007). La littérature épidémiologique et sociologique montre également un lien fort entre obésité et précarité. La prévalence de l'obésité est d'autant plus élevée que le statut socio-économique est faible (Sobal & Stunkard, 1989 ; de Saint Pol, 2010, Pizarick et al., 2017). D'autres études internationales et françaises tendent à confirmer ce lien chez les adultes et les enfants, telles que les enquêtes Obépi menées tous les 3 ans entre 1997 et 2012 en France (ObÉpi, 2012).

Les pratiques alimentaires et le niveau d'activité physique varient selon l'appartenance sociale et le rapport au corps (Boltanski, 1971 ; Poulain, 2009). Dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), les familles populaires ont tendance à pratiquer moins d'activité physique (Gasparini & Vieille Marchiset, 2008) et à s'alimenter avec une nourriture « qui tient au corps », souvent par manque de moyens financiers mais aussi en fonction de

¹ Rapport d'information sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique n°4400 rédigé par Marie Tamarelle-Verhaeghe et Régis Juanico, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 juillet 2021 : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/115b4400_rapport-information#

leurs représentations sociales et culturelles du corps « sain ». Pourtant, de nombreuses campagnes de prévention pour « manger mieux » et « bouger plus » ont été mises en place depuis 2001, notamment à travers le Plan National Nutrition Santé (PNNS). Depuis, les conceptions actuelles de prévention et de promotion de la santé prennent en compte la nutrition dans sa globalité et tentent d'agir sur l'alimentation et l'activité physique. Plusieurs études ont ainsi montré que plus les enfants sont actifs, plus leur pourcentage de masse grasse est faible malgré leurs apports élevés en énergie (PNNS, 2008).

Pendant l'enfance, la famille joue un rôle important d'accompagnement ou d'incitation mais également de transmission, soit par inculcation (éducation volontaire), soit par imprégnation (habitus) des comportements actifs parentaux (Octobre & Jauneau, 2008). Dès lors, de quelle manière ces familles entrent dans le parcours de sport-santé proposé par les professionnels de la santé et des activités physiques ? Existe-t-il un décalage entre d'un côté le modèle corporel dominant véhiculé par les politiques de santé publique (Peretti-Watel, Moatti, 2009) et, de l'autre, la culture corporelle de ces familles ? (Régner, Masullo, 2009 ; Court et al., 2014 ; Martin-Criado, 2015).

Comme pour d'autres sujets (le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites à risque...), le travail scientifique à travers la statistique d'État ou privée participe à la construction du problème public (par exemple l'établissement d'une corrélation entre le déficit d'activité physique ou la sédentarité et l'obésité) (Radel, 2012). Le problème public de l'obésité et du surpoids renvoie d'abord à la place accordée à l'individu dans la société et à une définition morale tant de l'ordre social que du « bon » poids ou de la « bonne » apparence physique (Merlaud, 2014). L'embonpoint et le surpoids sont considérés dans les sociétés néolibérales comme étant de la responsabilité individuelle des personnes. Les discours médiatiques et politiques participent également, de concert, à modéliser et à représenter le « corps illégitime ». Ainsi, les enfants et adolescents en surpoids ou obèses incarnent et incorporent les stigmates de la fainéantise, du manque de volonté et de l'échec scolaire puis social. Sujet

au jugement moral et à l'exclusion, l'individu à l'IMC¹ « anormal »² est associé à une santé défaillante par le monde médical (Rail, 2012). Le « gras des pauvres » s'oppose à l'idéal de la minceur que les personnes dotées de capital culturel semblent avoir assimilé (Martín-Criado, 2015).

En Alsace, la prévalence du surpoids et de l'obésité est supérieure de trois points par rapport à la moyenne nationale pour les enfants âgés de 5-6 ans (15,3 % en Alsace contre 12,1 % en France métropolitaine) (Guignon et al., 2010) et de quatre points supérieurs pour les enfants de 10-11 ans (22 % contre 18,1 %) (ONAPS, 2017 ; ORS, 2016). Dans certains quartiers populaires, le taux d'obésité infantile ou de surpoids est nettement supérieur à la moyenne nationale (ARS Grand Est, 2017).

C'est dans ce contexte que, dans le cadre de sa politique de santé publique, le service promotion de la santé et de la personne de la ville de Strasbourg, avec l'aide de partenaires³, a mis en place depuis 2014 un dispositif de prise en charge coordonnée des enfants en situation de surpoids ou d'obésité de Strasbourg (PRECCOSS). Ce dispositif a été créé dans le cadre du contrat local de santé 2 (CLS2) de la ville de Strasbourg (2015/2020). À Mulhouse, depuis 2011, c'est le réseau associatif de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (ODE-RÉPPOP), financé en partie par l'Agence Régionale de Santé Grand Est, qui prend en charge les enfants et adolescents en surpoids ou obèses par le biais d'activités culinaires et sportives. L'enquête « activités physiques et promotion de la santé dans les quartiers pauvres en Europe » (APSAPA) réalisée par l'équipe de Vieille Marchiset dans des quartiers défavorisés de quatre pays européens (France, Italie, Suisse et Allemagne) montre

¹ L'Indice de Masse Corporelle (IMC) correspond chez un individu donné au rapport entre son poids (en kilogrammes) et le carré de sa taille (en mètres). L'OMS définit les catégories suivantes en fonction de l'IMC en (kg/m²) : moins de 16,5, dénutrition ; de 16,5 à 18,5, maigre ; de 18,5 à 25, corpulence normale ; de 25 à 30, surpoids ; de 30 à 35, obésité modérée ; de 35 à 40, obésité sévère ; plus de 40, obésité morbide ou massive.

² Howard Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 (1963). Dans son ouvrage consacré aux « carrières déviantes », le sociologue Becker analyse la construction des normes. Selon lui, il est nécessaire que des entrepreneurs de morale au capital symbolique important (comme des scientifiques par exemple) se mobilisent afin d'établir ce qui apparaîtra plus tard comme « naturellement » normal.

³ Ville de Strasbourg, ARS, Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, Mutualité Française d'Alsace, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Éducation Nationale, REDOM Jeunes, Les associations sportives (Unis vers le sport et GE Gym), médecins généralistes et pédiatres.

que les enfants ont intégré les discours sur la « bonne » et la « mauvaise » santé. Une majorité d'entre eux associent par exemple l'obésité à la « mauvaise santé » (Vieille Marchiset et al., 2014). Ils ne traduisent toutefois pas nécessairement en acte leurs connaissances des recommandations en termes de santé. Mais, malgré les campagnes de promotion et d'incitation à l'activité physique, on constate une réception sociale différenciée et un refus¹ de certaines familles de rentrer dans des dispositifs spécifiques comme PRECCOSS ou le réseau ODE-RÉPPOP. Comment expliquer que, bénéficiant pourtant d'actions publiques de prévention, des enfants obèses ou en surpoids ne pratiquent pas d'activité physique et ne semblent pas changer leurs habitudes alimentaires ?

Cette thèse permet de développer une approche relationnelle du surpoids, de l'activité physique et du rapport au corps qui se manifeste dans le soin, l'entretien du corps, l'alimentation. Au-delà des seules conditions sociales d'existence, les préférences et les pratiques des parents, mais également de la fratrie et des pairs, contribuent à façonner le corps et le rapport à l'activité physique de l'enfant (Mennesson, 2011). Il importe alors de comprendre les transmissions familiales qui renvoient à deux mécanismes principaux, « *d'une part l'éducation volontaire, plus largement nommée inculcation, et qui passe par des normes ; de l'autre, l'imprégnation, par exposition de l'enfant aux exemples parentaux* » (Octobre & Jauneau, 2008, p.701). La socialisation primaire et secondaire (Berger et Luckman, 1999) à l'activité physique est susceptible d'expliquer les rapports sociaux aux dispositifs de prévention du surpoids et de l'obésité.

En analysant les transmissions d'un style de vie actif ou non à partir d'une enquête qualitative auprès d'enfants en surpoids et de leurs parents, cette thèse a pour objectif d'identifier des logiques familiales différenciées en fonction de facteurs tels que le sexe de l'enfant, sa place dans la fratrie, l'expérience sportive de ses parents et leur situation de surpoids ou d'obésité, mais également en fonction du parcours personnel de chacun des membres de la famille (Séraphin, 2011). L'effet des trajectoires sociales et de l'histoire familiale « faite corps » (Bourdieu, 1980, 1997) sera mis en évidence. Une division sexuée des

¹ Comme cela a pu être montré pour les campagnes de prévention contre le tabagisme, cf. Constance, Peretti-Watel, 2010.

rôles parentaux semble également émerger lorsqu'on observe les pratiques et les transmissions (Guérandel, 2016). S'ils sont ou ont été sportifs, les pères transmettent davantage leur « passion sportive » notamment en termes de savoir-faire (apprentissage du vélo par exemple), tandis que les mères privilégient la formation d'un goût à l'activité physique en général, sans forcément prendre une forme sportive (Mennesson, 2005, 2011).

Il s'agit ainsi de ne pas limiter les facteurs de la production sociale du poids corporel à la dimension évidente des styles de vie alimentaires ou de la pratique sportive mais de traiter ces deux dimensions comme des éléments d'un système global de pratiques et de croyances qui s'autoalimentent et définissent le style de vie d'un groupe donné, sans omettre le contexte socio-économique et culturel (Séraphin, 2011). L'espace – social et territorial – dans lequel vivent les enfants crée ainsi un rapport particulier au mouvement physique mais également des « habitudes » physiques (modes de déplacement, culture de rue, rapports genrés au sport, etc.). L'analyse fine des trajectoires mais également des contextes sociaux où elles s'inscrivent et surtout de la manière dont les enfants « incorporent » (Bourdieu, 1999 ; Faure, 2008) un certain « goût » pour l'activité physique nécessite l'articulation de plusieurs types de données. La difficulté réside dans la compréhension d'un style de vie dans son ensemble en saisissant comment s'y construit et s'y exprime un rapport à l'activité physique en lien avec des recommandations médicales incitant notamment à « bouger ».

Dans le cadre de cette recherche doctorale plusieurs types de données empiriques ont été recueillies et ce, sur trois QPV différents. Le choix de ces quartiers s'explique par une volonté de continuité et de comparaison avec le travail réalisé en Master. Ainsi, pour la ville de Strasbourg, en complément du quartier du Neuhof, où l'enquête de terrain commencée s'est poursuivie, vient s'ajouter le quartier du Port du Rhin du fait de ses particularités sociodémographiques. En effet, il s'agit du quartier où la situation socioéconomique des habitants est la plus défavorable comparativement à la moyenne de l'ensemble des QPV de la ville de Strasbourg (ORS Alsace, 2016). Il fait actuellement l'objet d'un projet de rénovation urbaine avec notamment la construction d'une ligne de tramway et celle d'un nouvel établissement hospitalier d'envergure. Les mutations urbaines en cours de ce territoire très défavorisé offrent l'occasion d'étudier les « effets de quartier » (Bacqué, Fol, 2006 ; Gasparini, 2010, 2015) et de constater de possibles « effets de lieu » (Bourdieu, 1993).

Au-delà de ces deux quartiers strasbourgeois, bénéficiant du dispositif PRECCOSS, un autre territoire a été pris en compte, en l'occurrence le quartier des Coteaux à Mulhouse, pour analyser également un probable « effet de dispositif ». En dépit de caractéristiques sociodémographiques similaires aux deux quartiers retenus pour l'agglomération de Strasbourg, il présente un taux de surpoids et d'obésité d'enfants scolarisés en 6^{ème} plus faible que la moyenne des QPV d'Alsace (25 % pour le quartier, contre 30 % pour l'Alsace ; ORS Alsace, 2016). De plus, la ville de Mulhouse dispose d'un dispositif de prise en charge différent : le réseau ODE-RéPPOP. Outre la considération d'un territoire différent, l'étude de ce quartier supplémentaire offre la possibilité d'une comparaison des effets propres à chacun des dispositifs proposés.

L'établissement de ces trois monographies avec leurs particularités – sociales, territoriales et sanitaires – permet d'analyser les processus sociaux à l'œuvre dans des configurations particulières. Pour cela, différents types de données – chacune avec leur propre statut – ont été récoltées grâce à une pluralité d'outils. L'enquête s'appuie principalement sur des entretiens semi-directifs réalisés avec les différents membres de la famille (enfant en surpoids, parents, fratrie, voire grands-parents) et à des observations *in situ* (notamment dans le cadre des dispositifs de lutte contre le surpoids et l'obésité mis en œuvre dans les deux villes). De manière complémentaire, les enfants ont été également amenés à compléter un carnet de bord recensant, sur une période de temps circonscrit, leurs pratiques d'activités physiques. L'articulation de l'ensemble des données participe à une meilleure compréhension des rapports à l'activité physique et à l'alimentation des enfants et adolescents en surpoids ou obèses résidant en quartier populaire.

Ainsi, le premier chapitre de cette thèse permet de faire un état des lieux sur le sujet mais également de montrer comment l'obésité infantile a été construite comme un problème de santé publique et médical en référence à la culture des problèmes publics développée par Gusfield (2009). Le deuxième chapitre s'attachera à la construction de l'objet de l'étude à savoir montrer les effets respectifs des configurations familiales, des caractéristiques résidentielles et des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile sur les styles de vie (alimentaires et physiques) au sein de familles résidant dans des quartiers populaires et dont au moins un des enfants est en surpoids ou obèse. La problématique posée amène à établir

quatre hypothèses de recherche. La méthodologie utilisée pour le recueil des données y est également présentée en détails. Enfin, l'analyse des résultats est développée dans les trois derniers chapitres en lien avec les hypothèses de départ. Chacun de ces chapitres de résultats se termine par une partie discussion et conclusion afin de situer cette recherche par rapport aux données déjà existantes. La conclusion générale de cette thèse sera dédiée à un bilan de la recherche : ses apports dans le domaine scientifique, ses limites méthodologiques et théoriques mais également ses perspectives pour les années à venir.

Chapitre 1

**Du bien manger au bien bouger : genèse de la construction
de politiques de lutte contre le surpoids et l'obésité chez les
enfants**

L'objectif de ce premier chapitre est de montrer comment l'obésité infantile a été construite comme un problème de santé publique et médical, en référence à la culture des problèmes publics développée par Gusfield (2009). La prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles pourrait s'appréhender comme un projet de « gouverner le corps » à partir d'interventions publiques (Fassin & Memmi, 2004). En référence à Blumer & Riot (2004), il s'agira d'identifier, sur cette question de l'obésité infantile, les cinq étapes de la construction d'un problème social : émergence, légitimation, mobilisation, débats sur le traitement et actions sur le terrain. L'obésité infantile renvoyant à des problématiques d'ordre sanitaire, la construction de ce problème social sera également analysée sous l'angle de sa médicalisation, en dégagant notamment cinq étapes mises en évidence par Dorvil & Mayer (2003) : définition du comportement moralement déviant ; prospection ; mobilisation ; légitimité ou consolidation ; institutionnalisation.

Dans une première partie, l'analyse portera spécifiquement sur l'émergence de la surcharge pondérale infantile comme problème social. Les causes et les conséquences du surpoids et de l'obésité infantiles seront particulièrement étudiées dans la mesure où ils constituent les arguments principaux sur lesquels s'appuient certains acteurs pour faire émerger l'obésité infantile comme un problème de santé publique. Les conséquences sur la santé surviendraient principalement à l'âge adulte lorsque l'obésité est encore présente (Chiolero et al., 2007 ; Guenichet et al., 2008 ; Whitaker et al., 1997). Les causes multidimensionnelles du surpoids et de l'obésité infantiles rendent sa prise en charge d'autant plus complexe. Pour un faible nombre d'enfants, la surcharge pondérale s'expliquerait par des facteurs génétiques et correspondrait à un phénomène héréditaire (Dubern, 2007). Mais, les principaux déterminants de la surcharge pondérale infantile mis en évidence restent l'alimentation, l'activité physique et l'environnement (Pelicand & Doumont, 2005).

La seconde partie sera consacrée à la définition internationale du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents correspondant à l'étape de légitimation décrite par Blumer. Un outil de mesure du poids des enfants va se démarquer des autres : l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Cet indice individualisé est ensuite comparé à des courbes de références prenant en compte l'âge et la taille de l'enfant. Ces dernières ont été élaborées à partir du traitement de données collectées auprès d'échantillons importants en vue de déterminer des seuils de surpoids et d'obésité infantiles (Cole, 1993 ; Cole et al., 2000). Ces

seuils restent toutefois sujets à discussion voire à modification. Une révision des seuils fait ainsi passer artificiellement les individus d'une catégorie à une autre du jour au lendemain. Progressivement, l'obésité infantile est présentée comme un fait médical majeur, une véritable maladie face à laquelle des dispositions – médicales, politiques, individuelles, etc. – doivent être prises.

De nombreuses études épidémiologiques – menées par des institutions, des organisations ou des associations – mettent en avant l'augmentation du nombre d'enfants et d'adolescents concernés par le surpoids ou l'obésité (Charles, 2007 ; Institut National de la santé et de la Recherche Médicale, 2000 ; Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2002 ; Enquête ObÉpi, 2012). De telles publications participent à la construction de l'obésité infantile comme problème de santé publique. En France, des disparités entre les régions sont observées avec une prévalence de l'obésité infantile plus élevée dans la région du Nord et la région Grand Est, notamment Bas-Rhin et Haut-Rhin. Il n'y a pas de différences observées en fonction du sexe, les filles et les garçons étant également concernés. Des différenciations sociales s'observent toutefois comme les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) présentent le plus d'enfants en surpoids ou obèses. Les enfants issus de milieux socioéconomiques défavorisés ont plus de risque d'être en surcharge pondérale rappelant l'actualité d'inégalités sociales de santé (Cambois & Jusot, 2007 ; Poulain, 2009 ; de Saint Pol, 2013). Toute cette production statistique alarmante amène l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à parler de l'obésité infantile comme d'« une épidémie mondiale ». Le sociologue Poulain (2009) parle quant à lui de « manipulation paternaliste » dans la mesure où les pouvoirs publics se serviraient de ces données chiffrées pour étayer des discours alarmants et inquiétants visant à faire prendre conscience aux parents de l'ampleur de la situation. Souvent, des amalgames sont faits entre surpoids et obésité car les données statistiques ne séparent pas toujours ces deux seuils. Pourtant, à ce jour, le surpoids n'est pas considéré comme une maladie – contrairement à l'obésité – et ne semble pas avoir de conséquence sur la santé immédiate et future de l'enfant. Cette production de données constituera la troisième partie de notre chapitre et fera écho à la troisième étape de construction d'un problème social, à savoir la mobilisation.

Les pouvoirs publics se saisissent de ces données en tant qu'arguments de justification quant aux actions mises en place – par exemple sur le plan législatif – pour lutter contre le

surpoids et l'obésité chez les jeunes. Il s'agit de l'étape, mise en évidence par Blumer (2004), consistant à traiter le problème, qui sera détaillée dans la quatrième partie du chapitre. Les mesures mises en œuvre vont s'articuler autour de deux modalités considérées comme les principales causes de l'augmentation de l'obésité infantile : l'alimentation et l'activité physique. Le grignotage, les fast-food, l'alimentation industrielle, les sucreries sont pointées du doigt. En 2001, un premier Plan National Nutrition Santé (PNNS) est mis place par le ministère délégué à la santé pour agir sur la nutrition et améliorer l'état de santé des jeunes français. Des actions sont menées dans les établissements scolaires pour « éduquer » les enfants en leur transmettant de bons comportements alimentaires et en les incitant à bouger davantage. De nombreuses études scientifiques mettent en avant les bienfaits de l'activité physique régulière sur la santé et notamment sur la prévention du surpoids et de l'obésité infantile (Bihan & Collinet, 2016). C'est pourquoi, les politiques de santé publique vont développer des programmes de prise en charge des enfants en proposant un suivi diététique et psychologique mais en les incitant également à pratiquer des activités physiques et à « bouger » (Aceti & Vieille Marchiset, 2014 ; Chauliac, 2015 ; Czaplicki et al., 2016). Lutter contre la sédentarité des enfants et des adolescents devient une priorité pour répondre à l'accroissement du temps qu'ils passent devant les écrans et à la diminution de leurs performances et pratiques d'activité physique mis en évidence pour des récentes enquêtes (Praznocy et al., 2017).

Toutes ces mesures aboutissent finalement à la mise en œuvre d'actions concrètes pour lutter contre la prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles. Dans le Bas-Rhin et le Haut-Rhin par exemple, différentes formes de prise en charge ont vu le jour ces dernières années. À Strasbourg, le service de la promotion de la santé et de la personne de la municipalité a développé un dispositif intitulé Prise En Charge Coordonnée des enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg (PRECCOSS). Piloté par la ville, ce dispositif permet aux enfants d'accéder gratuitement à des ateliers de nutrition et d'activités physiques collectives pour une durée de deux ans. Dans le Haut-Rhin, le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) est organisé sous forme associative et bénéficie de subventions des pouvoirs publics pour la plus grande part de son budget. Ce réseau propose, tout comme PRECCOSS, une prise en charge par l'activité physique des enfants en surpoids ou

obèses et ce, en concertation avec une équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'un suivi global (diététicienne, psychologue, médecin).

1. Surpoids et obésité infantile : émergence d'un problème de santé publique

La désignation est la première des cinq étapes de la construction d'un problème social identifiés par Blumer (Blumer & Riot, 2004 ; Moriau, 2017). D'après lui, « *les problèmes sociaux n'existent pas, en eux-mêmes, comme un ensemble de conditions sociales objectives, mais ils sont fondamentalement les produits d'un processus de définition collective* » (Blumer & Riot, 2004, p. 189). L'objectif de cette première partie sera de montrer comment émerge le problème de santé publique du surpoids et de l'obésité infantiles. Il s'agira de comprendre à partir de quel moment le poids des enfants a commencé à faire l'objet de surveillance et de contrôle renforcé. Puis, l'attention se portera plus précisément sur les causes et les conséquences mises en avant afin de faire exister le problème. Il est nécessaire de différencier les répercussions du surpoids de celles de l'obésité infantile. En effet, l'obésité au-delà d'être considérée comme un problème de santé publique, est également définie comme un fait médical nécessitant une prise en charge adaptée. Tout au long de cette partie, l'analyse se focalisera sur les enfants et adolescents âgés de 0 à 18 ans.

1.1 Évolution des outils de surveillance du poids des enfants en fonction des représentations du corps et de la santé

« *D'un point de vue historique, l'émergence de cet intérêt pour la santé des enfants peut être située entre la fin du XIXème et le début du XXème siècle* » (Lutz, 2018a, p. 71). Durant cette période, un fort engouement portant sur les questions de la santé de l'enfant a favorisé le développement de nombreuses mesures politiques en Europe. Cette période de recherche intensive a même été qualifiée de « siècle de l'enfant » (Lutz, 2018a).

Ainsi, au XVIIIe siècle, les conceptions et images associées au corps de l'enfant changent progressivement. En effet, « *lentement se mettent en place les exigences de l'ère*

industrielle, encore balbutiante » (Vigarello, 2001) et pour garantir une meilleure productivité, il est alors nécessaire d'avoir des corps forts et efficaces et toute une pédagogie de la posture se met en place. « *La rectitude s'exprime en termes dépouillés où le ventre s'efface comme les épaules se retirent ; rapidement esquissée, elle s'étend à l'ensemble de la silhouette* » (Vigarello, 2001). On cherche à compresser, redresser, pétrir le corps du jeune enfant. « *Longtemps malaxages et compressions ont été autant de démarches faites pour favoriser la bonne forme d'un corps jugé incapable d'atteindre à lui seul cette rectitude obligée* » (Vigarello, 2001, p. 14). Du 18^{ème} siècle à la fin du 20^{ème} siècle, il n'est pas question de surpoids ou d'obésité mais de corps redressés et de postures appropriées.

Avant les années 1990, le surpoids chez les enfants était même considéré comme un signe de bonne santé. En effet, « *embonpoint et bonne santé étant synonymes dans les représentations traditionnelles, on considérait toujours qu'un enfant qui pleure la nuit est de grande vie* » et réclame à boire » (Loux¹, 1978, p. 206). Les enfants étaient surveillés uniquement en fonction de la croissance de leur poids et de leur taille et les excès de poids n'étaient pas une préoccupation majeure (Charles², 2007). Bien au contraire, le proverbe de l'époque disait : « *chez un enfant il n'y a rien de plus beau que la graisse sous la peau* » (Loux, 1978). Les mères accordaient une grande importance à la suralimentation en espérant avoir un « gros bébé » (Loux, 1978). Il existait déjà des normes de croissance qui servaient de référence, mais on ne parlera pas d'obésité infantile avant les années 1990. « *Les premières constatations d'une augmentation alarmante de la fréquence de l'excès de poids chez les enfants sont venues d'Amérique du nord à la fin des années 1980* » (Charles, 2007, p. 360). Finalement, d'après M-A. Charles (2007) « *la prise de conscience d'une épidémie mondiale d'obésité de l'enfant est un phénomène récent, datant de la fin des années 1990* ».

Plusieurs méthodes anthropométriques étaient fréquemment utilisées avant les années 1990 comme outils de surveillance et de contrôle du poids des enfants, à savoir, la mesure des plis cutanés, les circonférences de la ceinture abdominale, le rapport poids/taille.

¹ Cet ouvrage aborde les pratiques populaires rurales à la fin du XIXe et au début du XXe siècle.

² Marie-Aline Charles est médecin épidémiologiste et directrice de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Elle est également directrice de l'équipe « Origines précoces du développement et de la santé de l'enfant » au centre de recherche en épidémiologie et statistiques Paris Sorbonne cité (INSERM/ Université Paris-Descartes) ; ainsi que directrice de l'unité « Étude longitudinale française depuis l'enfance » (Elfe, INSERM/Institut National d'Études Démographiques).

Pourtant, suite aux travaux de Rolland-Cachera¹ de 1991, l'utilisation de l'IMC s'impose pour les enfants. Cet outil est également utilisé pour déterminer le seuil d'obésité chez les adultes. Toutefois, il est bien moins évident d'évaluer l'obésité chez les enfants puisque « *la composition corporelle change au cours du développement, et d'autre part, tous les enfants gros ne deviennent pas des adultes obèses* » (Poulain, 2009, p. 201). C'est pourquoi, cela prendra plusieurs années avant qu'une définition internationale du surpoids et de l'obésité infantile voit le jour.

En 2018, l'OMS définit le surpoids et l'obésité « *comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé* », dont les causes « *se trouvent dans un changement de régime alimentaire avec une consommation accrue d'aliments énergétiques riches en graisses et en sucres mais pauvres en vitamines, minéraux et autres micro-nutriments sains, et une tendance à la diminution de l'activité physique* »². Cette définition place l'individu comme responsable de sa situation pondérale. Mais la prise de poids d'un enfant ou d'un adolescent est un processus complexe constitué de différentes phases. En effet, l'obésité est composée d'« *une phase dynamique* » pendant laquelle l'enfant va progressivement prendre du poids et notamment de la matière grasse, et d'une « *phase statique* » durant laquelle l'excès pondéral sera stable (Tounian, 2007b). « *La phase dynamique de l'obésité est caractérisée par une balance énergétique positive qui se traduit par une prise de poids. Chez l'enfant, dont le poids croît avec la taille, cette phase se manifeste par un décrochage vers le haut de la courbe d'indice de corpulence par rapport aux normes* » (Tounian, 2007b, p. 42). Quant à la phase statique de l'obésité, elle « *correspond au nouvel équilibre atteint entre les apports et les dépenses énergétiques à un niveau plus élevé qu'auparavant* » (Tounian, 2007b). Ici, l'auteur met en avant l'existence d'une balance énergétique déstabilisée au moment de la prise de poids de l'enfant. Et c'est bien cette notion de déséquilibre qui domine dans la littérature sur l'obésité aussi bien chez les adultes que chez les enfants. En effet, il est important de savoir que « *quelles que soient ses caractéristiques*

¹ Marie-Françoise Rolland-Cachera est une épidémiologiste en nutrition, chercheur de l'INSERM sur la nutrition et la croissance, chercheur honoraire à l'université Paris 13.

² <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

socio-économiques et génétiques, la prise de poids d'un individu est toujours la conséquence d'un déséquilibre de son bilan énergétique, c'est-à-dire que ses apports alimentaires sont supérieurs à sa dépense énergétique » (Mutzig, 2017, p. 32). Cette notion permet de mettre en avant deux des principaux déterminants de la surcharge pondérale ou de l'obésité infantile : l'activité physique et l'alimentation. Ce serait elles les causes de la prise de poids des enfants dans notre société.

1.2 Obésité infantile entre causes multidimensionnelles et poids des responsabilités individuelles

Une pluralité de causes concernant l'obésité infantile est mentionnée dans la littérature scientifique, ce qui participe là aussi à faire émerger un problème de santé publique. Des causes liées à la génétique (Dubern, 2007), à l'alimentation¹, à l'activité physique (Ricciardi, 2005), ou encore, à l'environnement de l'enfant (Simon et al., 2005 ; Lioret et al., 2007) . Ces multiples causes mettent en avant la complexité de l'obésité infantile et l'existence d'un problème de santé publique. Le caractère multifactoriel du surpoids et de l'obésité s'exprime à travers différentes études parfois controversées.

Dans un premier temps, dans les années 1980 aux États-Unis, lorsque l'obésité apparaît davantage dans le débat public, des sociologues ont analysé la consommation alimentaire des personnes obèses. Avant les années 2000, les américains consommaient des aliments plus « riches » en graisse et le gras était désigné comme la principale cause de leur prise de poids (Marantz, 2010). À la suite de ces études, les campagnes de prévention menées par les institutions en Amérique et en Europe visent toutes le même objectif : manger le moins de gras possible. L'OMS également impute l'augmentation de l'obésité infantile à un régime alimentaire plus riche en graisse. En France, une des principales recommandations du PNNS est de « *limiter sa consommation de matières grasses. Privilégier les matières grasses végétales (huile d'olive, de colza, etc.). Favoriser la variété. Limiter les graisses d'origines animale (beurre, crème)* ». En ce qui concerne les recommandations pour les enfants, là encore le PNNS conseille de les consommer de façon modérée car elles sont très caloriques

¹ Cf. <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2006sa0140.pdf>

même si elles restent nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. Ainsi « *la crème fraîche peut très bien accommoder légumes et féculents de temps en temps... Mais en faible quantité et en privilégiant tant que possible les sauces à base de yaourt ou de coulis de tomates* ». Le beurre est présenté comme un facteur de risque d'accumulation de graisse, c'est pourquoi il serait préférable de le limiter à « *une noisette sur une tranche de pain au petit-déjeuner* ».

Cependant, d'autres chercheurs ayant étudié cette question de l'alimentation ont mis en avant une autre théorie. En effet, suite au constat d'une stagnation voire d'une augmentation de la prévalence de l'obésité malgré une baisse effective de la consommation de graisse au sein de l'alimentation, ils ont souhaité revoir la théorie du « gras comme coupable ». D'après une étude du Dr. Atkins¹ de 2002, le problème ne viendrait pas du gras mais du sucre et notamment du sucre « caché ». En effet, avec l'industrialisation de l'alimentation, notre consommation de sucre aurait nettement augmenté et notre organisme stockerait ce dernier sous forme de graisse. D'après un rapport de l'Afssa (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) de 2007², « *l'industrie agroalimentaire utilise le saccharose et les sirops produits à partir de l'hydrolyse de matières amylacées comme principales matières sucrantes* », le saccharose étant souvent remplacé par « *des produits issus de l'hydrolyse d'amidon* » pour des raisons budgétaires. Ces sucres « cachés » seraient présents dans de très nombreux aliments (plats cuisinés, jus de fruits concentrés, sodas, crèmes allégées en matière grasse...). Le gras, quant à lui, ne serait pas complètement mauvais pour la santé. Un enfant aurait besoin de gras et de cholestérol afin d'avoir un développement de croissance optimal, or d'après certaines études, aujourd'hui les enfants seraient en manque de gras, en manque de cholestérol. De plus, le sucre serait plus addictif que le gras et ne permettrait pas de se nourrir convenablement, notamment car le côté addictif engendrerait des difficultés à s'arrêter de manger un aliment sucré. D'après le Dr Atkins certaines études réalisées dans les

¹ Le docteur Robert Atkins était un médecin nutritionniste américain. Il avait rédigé un ouvrage dès 1972 sur un régime nutritionnel révolutionnaire limitant les sucres plutôt que les graisses. Il décèdera en 2003, un an après le début de la prise en compte de l'intérêt et de l'efficacité de son régime alimentaire par les institutions et les programmes de prise en charge de l'obésité infantile.

² <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2006sa0140.pdf>

années 60 ne sont pas fiables puisque l'industrie du sucre aurait payé les chercheurs afin qu'ils minimisent les risques du sucre sur la santé dans leurs recherches.

Ainsi, l'alimentation adéquate pour respecter au mieux la balance énergétique ne fait pas l'unanimité dans le monde scientifique et médical. De plus, l'enfant et sa famille sont présentés comme directement responsables d'une éventuelle surcharge pondérale. Ces données ne prennent pas en compte les aspects culturels de l'alimentation mis en avant par d'autres sociologues (Lavallée et al., 2004 ; Lhuissier, 2006 ; Poulain, 2009).

Deuxièmement, un autre déterminant pouvant perturber le bon équilibre de la balance énergétique est l'activité physique. En effet, pour enrayer le surpoids et l'obésité infantiles et aussi réduire le risque de pathologies associées, il a été prouvé que l'activité physique avait un rôle préventif bénéfique. D'après une étude longitudinale débutée en 1985 dans le centre de Paris, auprès de 86 enfants âgés de 10 ans, les plus actifs ont un pourcentage de masse grasse plus faible comparativement aux enfants les moins actifs. Ainsi, l'activité physique a un fort impact sur la composition corporelle des enfants (Deheeger et al., 1997). De plus, « *l'activité physique régulière pendant l'enfance est non seulement importante pour maintenir une masse corporelle saine, elle a aussi de nombreux avantages physiologiques et psychologiques* » (Timmons et al., 2007, p. 136).

Mais qu'entendons-nous par activité physique ? La définition la plus souvent utilisée, y compris par l'OMS, est la suivante : « *ensemble des mouvements corporels produits par la mise en action des muscles squelettiques et entraînant une augmentation substantielle de la dépense énergétique au-dessus du métabolisme de repos* » (Caspersen et al., 1985, p. 126). Ainsi, « *l'Activité Physique regroupe l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans différents contextes, en poursuivant des objectifs variés (utilitaires, sanitaires, sociaux, etc.). Les principaux contextes de pratique d'Activité Physique sont le travail, les transports, les activités domestiques et les loisirs. Ces derniers incluent l'exercice, le sport et l'Activité Physique de loisir non structurée* » (ANSES¹, 2016, p. 3). Ainsi, l'activité physique ne s'arrête

¹ Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) existe depuis le 1^{er} juillet 2010 et a pour mission la veille, l'expertise, la recherche dans le domaine de la santé humaine et végétale et le bien-être animal.

pas à une pratique sportive en club dans un cadre formel où la personne sera suivie et encadrée par des professionnels ou des éducateurs bénévoles formés à l'encadrement. Elle peut aussi se pratiquer dans un cadre informel par exemple en faisant du jardinage, du ménage, en privilégiant les modes de déplacement actifs, ou sous la forme d'une pratique sportive urbaine. À l'inverse, un comportement est dit sédentaire lorsque les activités de la personne n'augmentent pas ou très peu la dépense énergétique au-dessus du métabolisme de repos comme par exemple dormir, être assis ou couché, regarder la télévision, être devant un écran (de jeux, portable, ordinateur...) (Pate et al., 2008). Néanmoins, il est difficile de définir et d'évaluer la sédentarité qui est parfois confondue avec l'inactivité étant donné qu'elles correspondent toutes deux à un niveau d'activité physique inférieur à celui des recommandations de santé publique (INSERM, 2014). En effet, dès 1996, l'inactivité physique était définie comme un état où le mouvement corporel est minime, c'est-à-dire un état ou un comportement pour lequel la dépense énergétique se rapproche du taux métabolique de repos (Dietz, 1996). La définition de la sédentarité donnée plus haut de Pate et al. en 2008 est finalement la même que celle de l'inactivité physique décrite en 1996 par Dietz. D'après lui, l'activité physique et l'inactivité physique peuvent avoir des effets indépendants, notamment sur la prévalence de l'obésité infantile. Finalement, Ricciardi en 2005 va regrouper les différents déterminants de la sédentarité. Ainsi, pour être considéré comme sédentaire, il ne faut pas effectuer une activité physique de type endurance plus de trois heures par semaine ; ne pas faire cinq fois par semaine du vélo, de la marche, du jogging, de la danse, de la gymnastique, du jardinage ou de l'haltérophilie ; être dans un état inactif c'est-à-dire avoir une activité physique de loisir minimale ; dépenser moins de 10% de son énergie quotidienne dans la pratique d'activités physiques modérées ou de fortes intensités (Ricciardi, 2005).

Le niveau d'activité physique des jeunes de moins de dix-huit ans est considéré comme faible d'après le plan européen de lutte contre l'obésité infantile, en 2012. Seulement un cinquième des enfants en Europe ont déclaré pratiquer une activité physique régulière d'intensité modérée à vigoureuse. Les enfants du Danemark, de France et d'Italie sont les moins actifs, et cela est plus marqué en Italie. Entre 11 et 15 ans, il y a une forte baisse d'activité physique dans la majorité des pays, c'est-à-dire aux alentours du passage de l'enfance à l'adolescence. Par exemple, en Australie, Finlande, Norvège et Espagne, il y a une baisse de 50% chez les garçons et plus encore chez les filles. Une tendance qui semble se

confirmer dans le dernier rapport alarmant de l’OMS sur l’inactivité physiques des adolescents dans le monde¹. L’étude montre un taux d’inactivité physique plus important chez les filles que chez les garçons (respectivement 85% contre 78%) (Guthold et al., 2019). Ainsi, la baisse d’activité physique chez les jeunes en parallèle de la mauvaise nutrition observée précédemment aggraverait le déséquilibre de la balance énergétique et pourrait être la cause d’une surcharge pondérale voire d’une obésité infantile.

Troisièmement, mis à part les comportements humains propres à chaque individu, l’environnement de l’enfant ou de l’adolescent aurait également un rôle à jouer dans l’augmentation du nombre d’enfants et d’adolescents concernés par le surpoids ou l’obésité. *« L’intensification et la progression de l’environnement obésogène au sein des pays industrialisés expliquent en partie cette progression (...). En effet, en quelques décennies, l’abondance alimentaire, la motorisation des déplacements, et la sédentarisation des jeux et des loisirs (télévision, informatique) se sont considérablement majorées, offrant ainsi un contexte idéal pour permettre une positivation de la balance énergétique »* (Tounian, 2007a, p. 348). Il y a une association complexe entre différents facteurs qui interagissent continuellement entre eux (comportements individuels, environnement social, physique et économique, génétique...). L’augmentation rapide de la prévalence de l’obésité suggère que les comportements alimentaires et physiques sont influencés par les environnements sociaux et économiques (Simon et al., 2005 ; Lioret et al., 2007).

Ainsi, *« le cadre de vie de l’enfant interagirait d’une manière très spécifique avec son comportement pour déterminer son statut pondéral »* (Guinhouya et al., 2010, p. 166). L’environnement change au cours du temps et des évolutions engendrant parfois une diminution de l’activité physique. En effet, *« l’urbanisation, le développement des modes de transport passif, l’accroissement des loisirs et des activités professionnelles sédentaires, la modification des comportements alimentaires, ont profondément et rapidement bouleversé nos modes de vie avec comme conséquence une diminution globale de l’activité physique »* (INSERM, 2014, p. 437).

¹ <https://www.who.int/fr/news-room/detail/22-11-2019-new-who-led-study-says-majority-of-adolescents-worldwide-are-not-sufficiently-physically-active-putting-their-current-and-future-health-at-risk>

Dans la vie quotidienne, les écrans quels qu'ils soient prennent parfois une place très importante pour les enfants. « *On peut affirmer sans risque de se tromper que les loisirs inactifs (télévision, jeux vidéo, ordinateur, internet) ont augmenté de façon majeure et interfèrent avec les habitudes de vie des jeunes, en particulier avec leur niveau d'activité physique* » (Simon et al., 2005, p. 221). De plus, certaines études ont montré que le temps passé à regarder la télévision ou à jouer à des jeux vidéo est corrélé à l'obésité infantile (Lioret et al., 2007), c'est-à-dire que les enfants passant beaucoup de temps devant des écrans ont plus de risque d'être obèses. Or, d'après le baromètre santé nutrition de 2002 en France, les adolescents interrogés sont « *88% à avoir regardé la télévision la veille (110 minutes en moyenne) et 40% à avoir utilisé un ordinateur (85 minutes en moyenne). Un adolescent sur deux passe plus de trois heures par jour devant un écran* » (Simon et al., 2005, p. 220).

Hormis l'apparition des écrans dans les logements, l'environnement géographique, l'emplacement et l'accessibilité aux lieux permettant de pratiquer une activité physique sont aussi des éléments à prendre en compte. « *Les aménagements du territoire, en particulier l'accessibilité à des équipements sportifs et récréatifs, à des espaces verts, à des réseaux de transport en commun – en favorisant ou au contraire en limitant les pratiques d'activité physique – participeraient ainsi à la détermination d'inégalités sociales et spatiales de santé* » (INSERM, 2014, p. 437). En effet, en fonction du quartier où l'enfant habite, s'il se trouve en zone rurale (privilégie les déplacements passifs : voiture, transport en commun) ou urbaine (privilégie les déplacements actifs : marche, vélo) (Papon, 2009), l'environnement ne proposera pas toujours les mêmes possibilités de pratiquer une activité physique. « *Aujourd'hui, notre société est structurée de telle sorte que la majorité des individus n'a pas besoin d'être physiquement active au cours d'une journée habituelle* » (Simon et al., 2005, p. 221).

Ainsi, l'environnement peut être considéré comme une des causes de la prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles dans notre pays. Cependant, il est important de considérer cette cause en lien avec les autres éléments vus précédemment. Plusieurs facteurs en interaction participent à faire basculer la balance énergétique du « mauvais » côté et peuvent entraîner du surpoids ou de l'obésité chez l'enfant. Le modèle écologique des prédicteurs du surpoids infantile montre bien la complexité des causes du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents (Davinson & Birch, 2001). Il y a de nombreuses causes liées les unes

1.3 Amalgame entre surpoids et obésité : des conséquences pourtant bien différentes sur la santé des enfants et adolescents

Concernant les conséquences de la surcharge pondérale chez les jeunes de moins de 18 ans, l'amalgame est souvent fait entre surpoids et obésité bien que les effets sur la santé soient différents. Le surpoids n'est pas considéré comme une maladie contrairement à l'obésité.

En premier lieu, un enfant obèse a de forts risques de le rester à l'âge adulte, ainsi « *la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte (valeur prédictive positive) varie de 20-50 % avant la puberté à 50-70 % après la puberté ; elle augmente avec la sévérité du critère de définition de l'obésité de l'enfant ; la présence d'une obésité parentale accroît fortement ce risque chez le jeune enfant, alors que plus l'enfant est âgé, plus son propre degré d'obésité devient déterminant* » (Whitaker et al., 1997). Il est important de relever ici que les enfants en surpoids ne sont pas concernés par les résultats de cette étude. L'OMS met également en garde contre cette forte probabilité en déclarant que l'obésité de l'enfant est associée à « *un risque accru d'obésité, de décès prématuré et d'incapacité à l'âge adulte* ». En 2007, Chiolero et al¹, ont réalisé un tableau regroupant les études réalisées sur « *la relation entre l'IMC et l'épaisseur de l'intima-média (IMT), au niveau carotidien chez de jeunes adultes, et l'association avec le risque de morbidité/mortalité à l'âge adulte* » (cf.). Ce qui est important de noter ici, c'est que les différentes études regroupées tendent à montrer que « *le surpoids pendant l'enfance (plus particulièrement à l'adolescence) augmente le risque, à l'âge adulte, d'IMT épaissie et de morbidité ou mortalité cardiovasculaire* ». Ceci est un exemple de risque physiologique à long terme de l'obésité infantile calculée à partir de l'IMC et non des risques du surpoids.

¹ <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-111/31889>

Etude	N	Age initial	Age adulte	Pathologie associée avec l'IMC	Commentaires
Raitakari, 2003 ²⁷	1081	3-9 ans	24-30 ans	Aucune association entre IMC et IMT*	–
Raitakari, 2003 ²⁷ Juonala, 2006 ²⁸	1179	12-18 ans	33-39 ans	IMT* plus élevée si surpoids	Association disparaît si on tient compte de l'IMC à l'âge adulte
Oren, 2003 ²⁹	750	12-16 ans	27-30 ans	IMT* plus élevée si surpoids à l'adolescence et à l'âge adulte, ou gain de poids depuis l'adolescence	IMT* pas plus élevée si surpoids pendant l'adolescence mais pas à l'âge adulte
Freedman, 2004 ³⁰ (Bogalusa heart study)	513	11 ± 3 ans	33 ± 3 ans	IMT* plus élevée si surpoids à l'adolescence et à l'âge adulte	IMT* pas plus élevée si surpoids pendant l'adolescence mais pas à l'âge adulte, ou si surpoids à l'âge adulte mais pas à l'adolescence
Davis, 2001 ³¹ (Muscatine study)	725	8-18 ans	33-42 ans	Chez les femmes : IMT* plus élevée si surpoids à l'adolescence	Pas d'association chez les hommes
Must, 1992 ³²	508	11-18 ans	~55 ans de suivi	Chez les hommes : mortalité totale et par maladie cardiovasculaire augmentées si IMC élevé pendant l'adolescence	Pas d'augmentation chez les femmes indépendamment du poids à l'âge adulte
Engeland, 2003 ³³ Engeland, 2004 ²²	227 000	14-19 ans	~10-30 ans de suivi	Surmortalité de 30-40% si IMC élevé	IMC à l'âge adulte expliquait presque l'entier de cette surmortalité
Lawlor, 2005 ³⁴	11 106	5 ans	~50 ans de suivi	Pas d'association entre IMC et risque de maladie coronarienne	–
Lawlor, 2006 ³⁵	2 586 1 420 10 555	2-15 ans 9-18 ans 16-22 ans	~30-70 ans de suivi	Pas d'association entre IMC et risque de maladie coronarienne	–

Tableau 1 : Association observée dans différentes cohortes entre l'IMC élevé pendant l'enfance ou l'adolescence et des conditions pathologiques à l'âge adulte¹.

L'OMS donnera davantage de précisions en rappelant qu'il existe des conséquences immédiates sur la santé de l'enfant ou de l'adolescent qui « *peuvent avoir des difficultés respiratoires, un risque accru de fractures, une hypertension artérielle, une apparition des premiers marqueurs de maladie cardiovasculaire, une résistance à l'insuline et des problèmes psychologiques* »². Des conséquences pathologiques immédiates, déjà mises en avant par la même étude suisse que précédemment, sont reprises dans un tableau synthétique (cf.). Ces informations sont principalement centrées sur le côté physiologique, avec toutefois l'évocation de répercussions en termes de souffrance psychosociale.

¹ Tableau tiré de l'article suivant : A. Chiolero A. M. Lasserre F. Paccaud P. Bovet (2007). L'obésité chez les enfants : définition, conséquences et prévalence. Rev Med Suisse, Vol 3.

² <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Système	Pathologie
Endocrinien	<ul style="list-style-type: none"> • Résistance à l'insuline, intolérance au glucose • Diabète de type 2 • Anomalies menstruelles • Syndrome des ovaires polykystiques
Cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Pression artérielle élevée/hypertension • Dyslipidémie • Hypertrophie ventriculaire gauche • Augmentation de l'IMT *
Rénal	<ul style="list-style-type: none"> • Protéinurie
Pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> • Apnée du sommeil • Asthme
Orthopédique	<ul style="list-style-type: none"> • Epiphysiolyse fémorale supérieure • Tibia vara • Pied plats
Gastro-entérologique	<ul style="list-style-type: none"> • Cholélithiase • Stéatose hépatique • Reflux gastro-œsophagien
Souffrance psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> • Faible estime de soi • Discrimination
Autre	<ul style="list-style-type: none"> • Inflammation systémique (par exemple : C-reactive protein élevée) • Pseudotumor cerebri (hypertension intracrânienne idiopathique)

Tableau 2 : Pathologies associées à l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence¹.

Cahnman, en 1968, relevait déjà d'autres conséquences immédiates pour l'adolescent obèse. En effet, d'après lui, « *l'adolescent est triplement victime : premièrement parce qu'il est discriminé, deuxièmement parce qu'il est incité à comprendre qu'il est le responsable de ce qui lui arrive et enfin parce qu'il en vient à accepter son traitement comme normal et juste* ». Pour Poulain (2009), une obésité développée à l'adolescence peut avoir des conséquences plus marquées que chez les adultes sur leurs trajectoires sociales du fait d'une stigmatisation

¹ Tableau tiré de l'article suivant : A. Chioloro A. M. Lasserre F. Paccaud P. Bovet (2007). L'obésité chez les enfants : définition, conséquences et prévalence. Rev Med Suisse, Vol 3.

qui survient à des moments clés de la croissance. Il explique ainsi que « *l'influence de la stigmatisation sur les trajectoires sociales intervient au moment :*

- *De la socialisation alimentaire risquant de perturber de façon durable la mise en place de règles de comportement ;*
- *Des apprentissages scolaires, lorsque se mettent en place les ressources qui permettront l'insertion et l'évolution de la vie professionnelle et sociale ;*
- *De la construction de la personnalité, des apprentissages de rôles sociaux et sexuels » (p.114).*

Ainsi, il n'existe pas uniquement des conséquences physiologiques de l'obésité infantile, et elles sont susceptibles de se manifester bien avant l'entrée dans l'âge adulte. De plus, d'autres facteurs, notamment au cours de l'adolescence, pourraient impacter d'autant plus les conséquences de l'obésité elle-même. « *À l'adolescence, la reviviscence de la névrose infantile associée à l'obligation de s'amender des figures parentales peut peser sur le fonctionnement psychique du jeune et générer ou aggraver une obésité (infantile) »* (Guenichet et al., 2008, p. 156). C'est-à-dire que d'après ces auteurs, la perte d'un proche ou bien une fragilité narcissique peut entraîner une accentuation de l'obésité.

Malgré tout, peu d'informations sur les conséquences du surpoids chez un enfant ou un adolescent existent, d'autant plus que le surpoids n'est pas considéré comme une maladie et ne relève pas d'un processus de médicalisation. Ainsi, seule l'obésité devient progressivement un terme médical. Après avoir analysé l'émergence de l'obésité comme problème de santé publique avec ses multiples causes et conséquences, la prochaine étape correspond à la légitimation de la construction de l'obésité infantile comme problème social et médical.

2. Déterminer et mesurer la surcharge pondérale : légitimation du problème par l'intermédiaire de l'IMC

« Ce n'est qu'en 2000 qu'un groupe de travail – composé de membres de l'IOTF¹ et du Childhood Obesity Working Group (COWG) – réuni sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), élabore une définition internationale de l'obésité de l'enfant » (Poulain, 2009, p. 170). La formulation d'une telle définition va participer à la construction d' « une arène publique disposée à accueillir le problème, à laisser place à sa discussion et à la construction de solutions » (Moriau, 2017²). L'établissement de cette définition va également permettre le passage à la deuxième étape de la construction de l'obésité comme un fait médical : la prospection. Pour cela, l'OMS s'appuie sur un outil spécifique, l'Indice de Masse Corporelle (IMC³), à partir duquel, chaque enfant pourra être situé sur des courbes de références corporelles et catégorisé en fonction de son poids.

2.1. Tentative de définition internationale du surpoids et de l'obésité infantile : généralisation de l'utilisation de l'IMC

L'OMS, en 1993, entreprend « un examen exhaustif de l'utilisation et de l'interprétation des références anthropométriques. Cet examen a permis de conclure que les données de référence du National Center for Health Statistics (NCHS)/OMS concernant la croissance, qui avaient été recommandées pour l'usage international depuis la fin des années 1970, ne représentaient pas suffisamment bien la croissance au cours de la petite enfance et que de nouvelles courbes de croissance étaient nécessaires » (OMS, 2006, p. 2⁴). Ces courbes permettent ensuite aux professionnels de la santé de déterminer où se situe l'enfant et d'enrichir les informations permettant de déterminer l'état de santé général de ce dernier (Cole, 1993). Suite à cette expertise, l'OMS lance entre 1997 et 2003, une étude multicentrique sur les valeurs de référence pour la croissance (EMRC) dont l'objectif est

¹ International Obesity Task Force (IOTF)

² <https://www.cbcs.be/Comment-naissent-les-problemes-sociaux>

³ L'IMC prend en compte le poids et la taille de l'enfant puisque $IMC = \text{poids} / \text{taille}^2$. Cette valeur varie en fonction de l'âge de l'enfant et est reportée sur les courbes de corpulence.

⁴ https://www.who.int/nutrition/media_page/tr_summary_french.pdf?ua=1

d'établir de nouvelles courbes internationales pour évaluer la croissance et le développement des enfants quel que soit leur pays d'origine. Cette étude « *associait un suivi longitudinal depuis la naissance jusqu'à l'âge de 24 mois et une enquête transversale effectuée chez les enfants âgés de 18 à 71 mois* »¹. Les enfants étaient sélectionnés selon des critères précis, ils devaient être en bonne santé, vivre dans des conditions favorables au bon développement de leur potentiel génétique de croissance, être allaités et avoir une mère non fumeuse. De plus, il s'agissait d'enfants « *ayant des origines ethniques et des environnements culturels très divers (Brésil, États-Unis d'Amérique, Ghana, Inde, Norvège et Oman)* »².

En parallèle, dans les années 2000, Cole³ et al. (2000) réalisent une étude dont l'objectif est d'élaborer une définition internationale, acceptable pour tous les pays, du surpoids et de l'obésité chez les enfants, en spécifiant la mesure, la population de référence et les seuils spécifiques à l'âge et au sexe. Un travail difficile à mener car il existe alors une multitude de définitions de l'obésité infantile et chaque pays a ses propres critères et ses propres méthodes de dépistage. C'est le début de la construction d'une courbe de corpulence internationale basée sur l'IMC, le sexe et l'âge de l'enfant pour dépister une éventuelle situation de surpoids ou d'obésité. Finalement, « *la mesure de l'obésité infantile s'opère en situant une population donnée par rapport à une population de référence. Et c'est sa dérivation par rapport à la population de référence qui mesure la progression de l'obésité* » (Poulain, 2009, p. 201). Le groupe de travail réuni à la demande de l'OMS pour mettre au clair une définition commune internationale de l'obésité infantile, va se mettre d'accord sur une population de référence qui servira de base pour déterminer les valeurs seuils du sous poids, du surpoids et de l'obésité infantile. « *La commission de l'IOTF a préféré à la population de référence de 1956 utilisée par la France une nouvelle population de référence composée de différentes données issues d'enquêtes réalisées dans plusieurs pays occidentaux* » (Poulain, 2009). Comme base de départ, le groupe de travail réuni à la demande de l'OMS se positionne sur les références seuils des adultes à l'âge de 18 ans, afin d'avoir une suite logique et d'éviter

¹ https://www.who.int/childgrowth/standards/tr_summary_french.pdf?ua=1

² Cf. Normes OMS de croissance de l'enfant. Longueur/taille pour l'âge, poids pour la longueur, poids pour la taille et indice de Quételet pour l'âge. Méthodes et élaboration., 2006, https://www.who.int/childgrowth/standards/tr_summary_french.pdf?ua=1

³ Tim J Cole est un professeur de statistiques médicales, au Great Ormond Street Institute of Child Health.

un vide entre la référence utilisée chez les adolescents et celle des adultes. Ainsi, d'après un article de Col et al., (2000), les deux seuils de 25 et 30kg/m² utilisés respectivement pour le surpoids et l'obésité chez les adultes ont été largement utilisés. Les courbes résultantes ont été moyennées pour fournir des seuils spécifiques à l'âge et au sexe de 0 à deux ans. Cet article permet aussi d'en apprendre davantage sur la population de référence. Il s'agit de valeurs d'IMC de jeunes âgés de 6 à 18 ans, issues de six enquêtes nationales différentes réalisées à des périodes distinctes au Brésil, en Grande-Bretagne, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, à Singapour et à Hong-Kong. Les données ont été récoltées entre 1963 et 1993 (Cole & Lobstein, 2012). Au total, cela représente un échantillon de 97 876 garçons et 94 851 filles. Cependant, cela ne reflète pas l'ensemble des populations mondiales puisqu'aucune enquête d'Afrique ou d'Océanie n'est prise en compte. Dans leur article, Cole et al., (2000) expliquent que l'échantillon de Hong-Kong peut être assez représentatif des chinois et les ensembles de données brésiliens et américains comprennent de nombreux sujets d'origine africaine.

La distribution de l'IMC selon l'âge et le sexe pour toutes les données recueillies a été réalisée à l'aide de la méthode « LMS », exprimant la médiane (M), le coefficient de variation (S) et l'asymétrie (L), comme des quantités qui changent doucement avec l'âge (Cole & Lobstein, 2012). Grâce à une première formule spécifique ($C100 \alpha = M(1 + L \times S \times Za)\sqrt{2}$), la méthode « LMS » permet de définir des courbes en centiles. Ensuite, cette méthode permet d'exprimer une mesure d'IMC en tant que score SD z en utilisant une deuxième formule ($Z = \frac{(\frac{BMI}{M})^{L-1}}{L \times S}$) où les valeurs de L, M et S correspondent à l'âge et au sexe de l'enfant (Cole & Lobstein, 2012). Ainsi, pour définir les seuils internationaux, le groupe de travail réuni par l'OMS choisit une valeur d'IMC (par exemple 25 correspondant au seuil surpoids à partir de l'âge de 18 ans) et grâce aux deux formules, ils obtiendront des valeurs pour différents âges et sexes et auront des courbes en centiles spécifiques à chaque pays en fonction de ses données (Cole & Lobstein, 2012).

Ainsi, les valeurs de la population de référence sont analysées et réutilisées sous forme de percentile ou centile¹. Le 50ème percentile représente la valeur médiane de l'IMC de la population de référence, au-delà du 85^{ème} percentile l'enfant sera considéré comme étant en surpoids et enfin au-delà du 97^{ème} percentile l'enfant passe en obésité. Ces courbes de corpulence varient donc en fonction du sexe de l'enfant mais également en fonction de son âge.

Une distinction a été faite entre les enfants de moins de 5 ans et ceux de plus de 5 ans pour des raisons physiologiques. Lors de la première année de vie, la corpulence augmente avant de diminuer jusque vers l'âge de six ans. La hausse de la courbe de l'IMC qui s'en suit correspond au rebond d'adiposité. Ce dernier est utilisé comme indicateur d'un risque d'obésité car plus le rebond est précoce – c'est-à-dire avant l'âge de six ans – plus il existe un risque d'obésité chez l'enfant (Rolland-Cachera, et al., 1982 ; Kammerer, 2011). Ce phénomène de « rebond d'adiposité » complexifie la création de normes internationales qui permettraient de déterminer une éventuelle situation de surpoids ou d'obésité chez l'enfant. Depuis 2006, l'OMS a publié de nouvelles normes internationales pour les enfants de moins de 5 ans basées sur l'étude EMRC décrite plus haut. Tandis que les normes internationales pour les enfants âgés de 5 à 19 ans sont établies d'après les données de référence du NCHS/OMS datant de 1977.

Tous ces changements de définitions et de normes ne sont pas sans conséquences au niveau national. En fonction des références utilisées certains enfants sont tantôt du côté surpoids voire obésité et tantôt ils sont considérés comme de poids normal. Le sociologue Jean-Pierre Poulain parle de « manipulation paternaliste », « *au sens où elle change les données, où elle fait prendre des « vessies » pour des « lanternes »* » (Poulain, 2009, p. 202-203).

¹ « Les percentiles (synonymes de centiles) sont les valeurs de la variable qui divisent la population ou la variable continue en 100 groupes égaux en nombre (1% de la population) », d'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)

2.2. Le contrôle de la surcharge pondérale des enfants français : l'adaptation des références internationales aux données propres à la France

En France, « MF Rolland-Cachera avait établi dès 1982 des courbes de références d'indice de masse corporelle pour les enfants ». Cependant, la généralisation de l'outil IMC viendra plus tard quand « au cours du mois de novembre 2003, le Ministre de la santé, Jean-François Mattei, a fait parvenir à tous les médecins généralistes de France deux disques de mesure de l'IMC, l'un destiné aux adultes et l'autre aux enfants » (de Saint Pol, 2007, p. 1). À partir de cette date, l'obésité infantile s'ancre un peu plus dans les questions de politique publique avec la diffusion de consignes spécifiques établies par le ministère de la santé précisée dans une lettre envoyée à tous les médecins généralistes, comme le rappelle De Saint Pol¹: « la lutte contre l'obésité passe par une surveillance régulière de l'indice de masse corporelle. Sa mesure lors de la consultation médicale devrait devenir, comme celle de la tension artérielle, systématique » (p.1). Que ce soit pour les adultes ou les enfants, ce même outil est sollicité et privilégié pour déterminer un éventuel sous poids, surpoids ou une obésité.

Cependant, contrairement aux adultes, les enfants grandissent et il est donc nécessaire d'ajuster les seuils d'obésité en fonction de leur âge, de leur sexe et de leurs besoins nutritionnels. C'est pourquoi, des courbes de références ont été construites, une pour les filles (Cf. Annexe 1) et une pour les garçons (Cf.

¹ Thibaut de Saint Pol est un sociologue et écrivain français, directeur de l'Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP) depuis avril 2006.

Annexe 2), avec une évolution en fonction de l'âge de l'enfant. Finalement, dans la majorité des cas, ce sont ces courbes avec des percentiles qui permettent de déterminer si un enfant est en surpoids ou obèse en France. D'après le Plan National Nutrition Santé (PNNS), « *le surpoids est défini par un IMC au-delà de la courbe du 97^{ème} percentile* », il n'y a pas de seuil pour définir l'obésité à partir des courbes françaises. En revanche, au niveau international, il existe un seuil de l'obésité pour un IMC supérieur au centile IOTF-30. Les nouvelles courbes de corpulence du PNNS prennent en compte les références françaises et internationales pour permettre un meilleur suivi des enfants. Elles sont différenciées selon le sexe de l'enfant. Mais, avant la mise en place de normes internationales, les courbes de corpulence françaises étaient établies d'après des données de références de 1956. C'est pourquoi, quand l'IOTF décida d'utiliser d'autres références pour la mise en place des courbes de corpulence internationales, cela a directement impacté le taux d'enfants en surpoids et obésité en France. En effet, du jour au lendemain dans les années 2000 en France, « *le taux d'obésité est passé de 12% à 3,6%... (...) On fit alors remarquer que si les taux de prévalence étaient bas, la croissance quant à elle était forte : l'obésité de l'enfant avait été multipliée par sept en quelques années* » (Poulain, 2009, p. 202). Mais cette manipulation statistique ira bien plus loin, car entre 2003 et 2007, les courbes de corpulence présentes dans les carnets de santé ne comprennent plus la notion de surpoids mais parlent d'obésité de degré 1 ou de degré 2. C'est-à-dire que « *l'obésité de degré 1 débutait à l'équivalent d'une valeur d'IMC de 26 à 18 ans. Avec cette façon d'opérer, un adolescent de 17 ans est considéré comme obèse avec un IMC de 26,7, et douze mois plus tard, sans changer de corpulence, le voilà simplement en surpoids* » (Tounian & Amor, 2008). À l'heure d'aujourd'hui, les courbes de corpulence présentes dans les carnets de santé mettent en avant la maigreur, le surpoids et l'obésité selon les bases internationales en se référant au centile inférieur à C-16 pour la maigreur, supérieur à C-25 pour le surpoids et supérieur à C-30 pour l'obésité. « *Les courbes de corpulence sont exprimées en centiles pour situer les enfants dans des classes de niveau pondéral. Tout changement de couloir vers le haut ou vers le bas est un signe d'alerte* » (Ghouili Hatem, 2012, p. 15). Les seuils C-25 et C-30 de l'IMC chez les enfants « *définissant le surpoids et l'obésité dérivent des points de 25 et de 30kg/m² à l'âge de 18* » (Ghouili Hatem, 2012, p. 20). Ci-dessous le Tableau 3 avec les différents termes utilisés en France pour les seuils de maigreur, surpoids et obésité chez les jeunes de moins de 18 ans. Ils ont la même signification aujourd'hui dans les nouveaux carnets de santé français où les seuils sont nommés IOTF 16,

IOTF 25 et IOTF 30. Ce terme IOTF fait référence à la définition internationale des seuils de l'IMC.

Maigreur	Surpoids	Obésité
C-16 ou 3 ^e centile ou IOTF 16	C-25 ou 97 ^e Percentile ou IOTF 25	C-30 ou IOTF 30

Tableau 3 : Terminologie en France des seuils de la maigreur, du surpoids et de l'obésité en fonction de l'IMC pour les enfants de moins de 18 ans.

Malgré tout, ces courbes sont en évolution et fréquemment ajustées provoquant des changements soudain de catégorie pour les enfants se situant proches des valeurs seuils. La dernière modification des courbes présentes dans les carnets de santé des enfants français date de mars 2018. Il y a eu un ajustement lié à l'évolution de la croissance des enfants français, ces derniers étant de plus en plus grands. C'est pourquoi les normes ont été recalculées et les courbes changées.

Ainsi, au vue des constats précédents, la question est de savoir si la généralisation de l'utilisation de l'IMC pour déterminer le surpoids ou l'obésité est l'outil le plus approprié.

2.3. Face aux critiques de l'usage unique de l'IMC : préconisation d'une diversification des outils de mesure du surpoids

Tout d'abord, la forte diffusion de cet outil est liée à sa facilité d'utilisation et de sa généralisation dans le monde entier. Quelles que soient les ressources économiques du pays, il est accessible s'il on connaît le poids et la taille de l'enfant. *« Presque tous les individus connaissent eux-mêmes approximativement ces deux valeurs et l'introduction de questions sur la taille et le poids dans un certain nombre d'enquêtes quantitatives en fait un outil très pratique pour l'étude de la corpulence »* (de Saint Pol, 2007, p. 9). Une forme de prudence est toutefois nécessaire lorsque la valeur de l'IMC repose sur des données approximatives relevées de façon déclarative par la personne enquêtée. En effet, des biais peuvent apparaître lorsque les enquêtes s'appuient majoritairement sur des éléments déclaratifs (Mercklé & Octobre, 2015), et bien souvent, dans les études françaises, le poids de la personne enquêtée est obtenu de façon déclarative car cela reste moins coûteux et plus facile à mettre en place

(Julia et al., 2010). Or, d'après ces mêmes auteurs, « *en population générale, lorsque des individus sont interrogés sur leur poids et leur taille, leur IMC est sous-estimé* ».

De plus, pour les jeunes de moins de 18 ans, il est nécessaire de connaître l'âge pour pouvoir par la suite replacer la valeur d'IMC sur la courbe de corpulence et observer où se situe l'enfant par rapport aux normes de corpulence. Or, dans certains pays en voie de développement ou dans certains cas spécifiques, il est parfois compliqué de connaître la véritable année de naissance de l'enfant ou de l'adolescent. Par exemple, « *toute enquête auprès de populations sans état civil se heurte au problème de l'évaluation de l'âge des individus* » (Pison, 1979, p. 637). Ainsi, les résultats de l'IMC peuvent être biaisés et d'autres méthodes sont nécessaires pour déterminer si l'enfant est en surpoids ou obèse si son âge réel ne peut pas être obtenu. En France, cette situation pourrait arriver lors d'enquête auprès de populations immigrées, notamment celles ayant fui leur pays pour venir trouver refuge en France et n'ayant plus possession d'état civil. L'estimation de la corpulence de l'enfant peut également être sur ou sous-évaluée, lorsque les données sont recueillies auprès des parents sans vérification spécifique. En effet, dans une enquête réalisée au Sénégal, le constat fait est que « *pour un enfant de trois ans révolus ; une fois sur deux, les parents donnent l'âge juste, une fois sur deux ils se trompent en lui donnant un an de plus alors que, pour un enfant de cinq ans ou plus, la tendance est au contraire à sous-estimer son âge, même si un certain nombre de parents continuent à lui donner un an de plus* » (Pison, 1979, p. 644). Là encore, si l'IMC est exploité avec un âge approximatif cela peut entraîner des erreurs d'évaluation du surpoids ou de l'obésité de l'enfant. Ainsi, l'outil IMC est à utiliser dans certaines conditions et en ayant des valeurs précises sur le poids, la taille et l'âge de l'enfant.

De plus, « *l'IMC ne donne pas d'information sur la distribution de la graisse dans l'organisme. Or la distribution de la masse grasse est un facteur important aussi bien pour la santé (l'excès de graisse au niveau abdominal étant le plus néfaste) qu'au niveau des formes valorisées* » (de Saint Pol, 2007, p. 10). Il existe d'autres outils qui pourraient être complémentaires et permettraient ainsi une meilleure indication sur la répartition de la masse grasse dans l'organisme. Par exemple, en mesurant le tour de taille des enfants et des adolescents ou bien en mesurant leurs plis cutanés. Cette mesure évalue l'épaisseur de la graisse sous-cutanée et prédit le pourcentage de graisse totale (Rolland-cachera et al., 2015). Les plis cutanés, en particulier ceux enregistrés sur le site du tronc, sont de meilleurs

prédicteurs du tissu adipeux intra-abdominal et du facteur de risque cardiovasculaire. De plus, ces plis sont plus sensibles aux interventions nutritionnelles (Rolland-cachera et al., 2015). Ainsi, mesurer les plis cutanés des enfants et des adolescents au cours d'une prise en charge permettrait de mieux suivre leur évolution et de se rendre compte des réels bénéfices du programme sur la masse grasse. Une autre possibilité pour mieux évaluer la répartition de la masse grasse chez l'enfant, est de prendre la circonférence de sa taille et de ses hanches là où l'accumulation de graisse est la plus dangereuse si elle persiste à l'âge adulte. Pour la mesure du tour de taille, les auteurs mettent également en avant l'avantage de cette méthode qui évalue à la fois les compartiments maigres et gras (Rolland-cachera et al., 2015). Toujours d'après leur étude, chez les enfants, les circonférences de la taille et de la hanche sont de bons prédicteurs de tissu adipeux intra-abdominal et donc de meilleurs prédicteurs de facteurs de risques cardiovasculaires. Ashwell & Gibson (2016) ont montré « *que le rapport tour de taille/taille debout est un estimateur plus fiable pour l'évaluation des risques cardiovasculaires à l'enfance* » (Ghouili Hatem, 2012, p. 14). D'après les recommandations de la HAS, lorsqu'un enfant ou un adolescent est en surpoids, il est nécessaire de mesurer en plus « *le tour de taille (périmètre abdominal) et de le rapporter à la taille pour évaluer la répartition de la masse grasse* » (HAS, 2011, p. 12). Ce même rapport explique également que « *le tour de taille est mesuré sur un enfant debout, à mi-distance entre la dernière côte et la crête iliaque ou au niveau du périmètre abdominal le plus petit. Si le rapport tour de taille/taille (TT/T) est supérieur à 0,5, l'enfant présente un excès de graisse abdominale* » (p.12). Ainsi, cette mesure permettrait d'obtenir de plus amples précisions sur la répartition de la masse grasse dans le corps de l'enfant ou de l'adolescent, précisions ne pouvant être obtenues par le simple calcul de l'IMC.

Une autre limite de l'usage unique de l'IMC est celle de l'absence de comparaison des pourcentages de masse maigre et de masse grasse. L'IMC ne permet pas de différenciation elles, notamment la différence entre masse musculaire et grasse. Pourtant des études ont montré que la masse musculaire pèse plus lourd que la masse grasse. Ainsi, en prenant deux jeunes du même âge, du même poids, de la même taille et du même sexe, la même valeur d'IMC peut être obtenue. Pourtant, il se peut que l'un soit très sportif et ait développé une masse musculaire importante et que l'autre non sportif ait au contraire une masse grasse plus importante. Dans les deux cas, ils pourront être considérés en surpoids voire obèses en se

référant uniquement à l'IMC. Pour différencier la masse grasse et la masse maigre, l'impédancemétrie pourrait être utilisée. « *Cette méthode repose sur l'application à l'organisme d'un courant de faible intensité qui permet de mesurer la résistance ou impédance du corps. La masse grasse et la masse maigre ont des conductivités différentes* » (INSERM, 2000, p. 107) ce qui peut permettre l'obtention de deux valeurs distinctes. Il existe aujourd'hui dans le commerce des balances à impédancemétrie qui permettent à chaque individu de connaître ces deux valeurs.

3. Épidémiologie de l'obésité : la production de données par les institutions du global au local

Une fois le problème de la surcharge pondérale défini, la troisième étape est celle de la mobilisation. Des acteurs se saisissent de la question pour demander une prise en compte du problème. Cette étape va permettre aux pouvoirs publics « *d'attester du sérieux de la cause* » (Moriau, 2017) en s'appuyant notamment sur la production de données statistiques. D'un point de vue médical également, il s'agit d'une étape où « *différents entrepreneurs moraux et représentants d'intérêts organisés tentent d'élargir le territoire médical en insistant sur l'ampleur du problème en question* » (Dorvil & Mayer, 2003). Le problème de l'enfant en surpoids ou obèse n'échappe pas à cette troisième étape avec une production de données statistiques conséquentes au cours des années 2000 produites par diverses institutions et rassemblant généralement les enfants obèses et en surpoids dans une unique catégorie, masquant la proportion seule des enfants obèses. Au niveau mondial, l'OMS se sert de ces statistiques pour qualifier l'obésité « *d'épidémie* » en se basant dans la grande majorité des études sur la mesure unique de l'IMC.

3.1. L'OMS : principale productrice de données statistiques sur le surpoids et l'obésité infantile à l'échelle internationale

L'OMS a déclaré que « *l'obésité des enfants constitue l'un des plus grands défis pour la santé publique au 21^e siècle*¹ ». En effet, d'après ses données les plus récentes, « *si la tendance actuelle se poursuit, le nombre de nourrissons et de jeunes enfants en surpoids atteindra 70 millions à l'horizon 2025* » (OMS, 2017²). De plus, tous les pays du monde sont concernés et dès le plus jeune âge puisque « *le nombre de nourrissons et de jeunes enfants (de 0 à 5 ans) en surpoids ou obèses dans le monde s'est accru, passant de 32 millions en 1990 à 41 millions en 2016* » (OMS, 2017). Cependant ce sont des prévisions et le taux de surpoids et d'obésité ne continuera peut-être pas d'augmenter linéairement ces prochaines années. Il est vrai que les pays en voie de développement ne sont pas épargnés avec une « *prévalence du surpoids*

¹ <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/fr/>

² <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/fr/>

et de l'obésité infantile chez les enfants d'âge préscolaire supérieure à 30% ». Rien qu'en 2016, « plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans étaient en surpoids ou obèses » dans le monde. Toujours d'après les données de l'OMS et pour cette même tranche d'âge, le nombre d'enfants et d'adolescents concernés par le surpoids ou l'obésité a considérablement et rapidement augmenté entre 1975 et 2016 passant respectivement de 4% à un peu plus de 18%. Il n'y a pas de différence significative entre l'évolution chez les filles et chez les garçons, l'augmentation touche de manière égale les deux sexes.

Depuis 2014, sur le site de l'association European Childhood Obesity Group (ECOG¹), a été mis à disposition un livre en version électronique contenant des articles téléchargeables en plusieurs langues sur l'obésité chez les enfants et les adolescents. La première partie regroupe notamment des informations sur l'épidémiologie et la prévention en Europe. Ce livre est « *destiné à tous ceux qui ont besoin d'une source d'information fiable et à jour sur le sujet : médecins, psychologues, spécialistes de l'activité physique, nutritionnistes, travailleurs de santé, etc.* » (Cf. Annexe 3²).

Concernant la prévalence et les tendances mondiales, les premières données sur le surpoids et l'obésité des enfants d'âge scolaire datent de 2004 (Lobstein, 2017). À cette période-là, « *environ 10% des enfants d'âge scolaire entre 5 à 17 ans était en surpoids et environ le quart d'entre eux soit 2 à 3% obèses* » (Lobstein et al., 2004). Lobstein relève l'existence d'une grande disparité de prévalence en fonction du pays, voire au sein d'un même pays en fonction de la région considérée. L'Afrique et l'Asie étaient peu concernées (5% de prévalence) tandis qu'en Europe et en Amérique les taux de prévalences dépassaient les 20%. Le constat actuel est quelque peu différent, en effet, « *alors que les prévalences du surpoids atteignent un plateau voire déclinent légèrement dans les pays aux revenus élevés, elles ont augmenté de façon significative dans les pays émergents* » (Lobstein, 2017, p. 5).

¹ ECOG a été fondé en 1991 par un groupe de pédiatres qui possède une expérience unique dans ce domaine de l'obésité infantile, ecog-obesity.eu et a créé un livre en ligne nommé ebook, <http://ebook.ecog-obesity.eu/fr/>

² Une lecture analytique de cet Ebook avec les thématiques abordées, le titre des différents articles avec leur année de parution, les différents auteurs avec quelques informations sur leur(s) fonction(s).

Region*	Obésité		Surpoids (obésité incluse)	
	Garçon	Fille/td>	Garçon	Fille
Amériques	9.6	9.3	27.9	26.3
Europe et ex-URSS	4.6	4.2	20.4	19.4
Moyen-Orient et Afrique du Nord	6.4	6.7	17.0	18.8
Asie du Sud-Est (Inde incluse)	2.5	0.5	12.6	7.1
Extrême-Orient (Chine incluse)	2.0	1.2	8.0	6.2
Afrique subsaharienne	1.0	1.1	3.8	5.7
Estimation globale	3.8	3.0	14.0	12.1

Tableau 4 : Estimation de la prévalence de l'excès de poids chez les enfants d'âge scolaire dans différentes régions du monde sur la période 2010-2013¹.

Ce plateau de stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les moins de 18 ans est apparu au cours des années 2000, plus particulièrement en 2005, et fait suite à une progression croissante du taux de surpoids notamment pour les pays riches (cf. [Figure 2](#)). Cependant, ces trois courbes sont tracées en fonction de différents critères du surpoids et de l'obésité et pour des tranches d'âge différentes. En effet, Lobstein précise que pour le Royaume-Uni et la France il s'agit « *d'enfants de 5 à 17 ans* », tandis que pour les États-Unis ce sont des « *enfants de 6 à 11 ans* ». De plus, pour les premiers est pris en compte le « *surpoids (incluant l'obésité) défini par les critères de l'IOTF* », pour la France c'est « *surpoids (supérieur 85^{ème} percentile) défini par les critères nationaux français* », quant aux USA il s'agit du « *surpoids (supérieur 95^{ème} percentile) défini par les critères du CDC* ». Cette comparaison au niveau mondial est-elle fiable sachant que la récolte des données n'est pas établie sur la même base ?

¹ International Association for the Study of Obesity. Online database of national prevalence data from published national surveys. London: IASO, 2014. (Accessed 25 January 2014, at http://www.iaso.org/site_media/library/resource_images/Global_Childhood_Overweight_October_2013.pdf). See also Wang Y, Lobstein T (op cit).

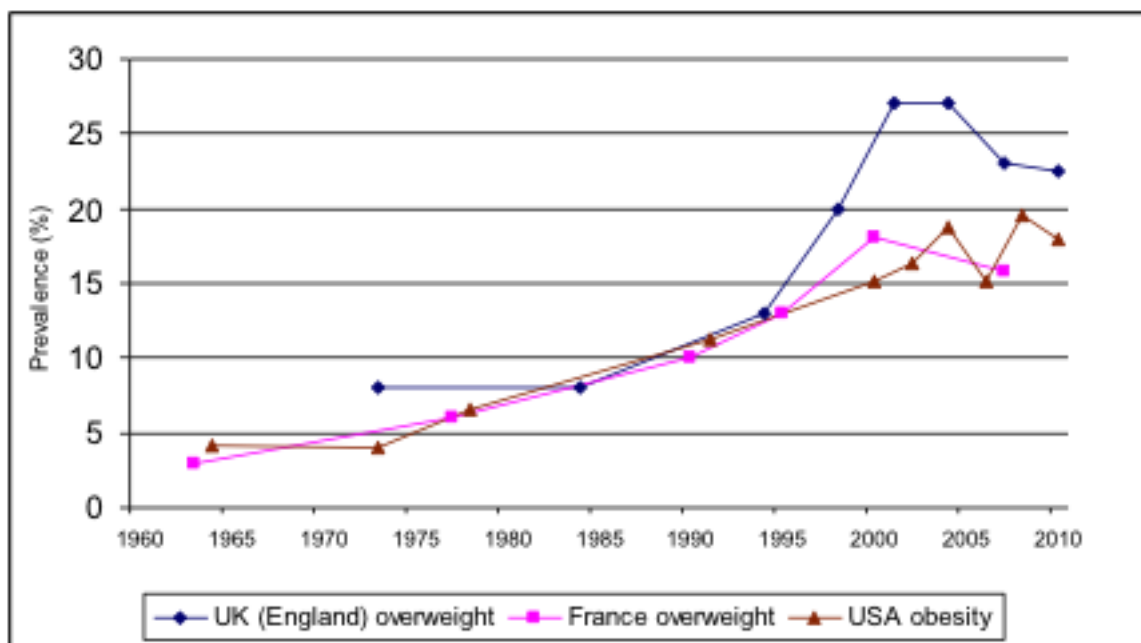


Figure 2 : Tendances aux USA, au R-U et en France montrant un plateau apparent de surpoids et d'obésité à partir de 2005¹.

En suivant l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité de certains pays émergents, une phase d'augmentation est observable, mais sans plateau apparent aux alentours de 2005 (cf. Figure 3). De plus, l'augmentation est plus importante dans certains pays que d'autres. Aucune indication n'est donnée sur la part du surpoids et la part de l'obésité.

¹ Source IASO, 2014.

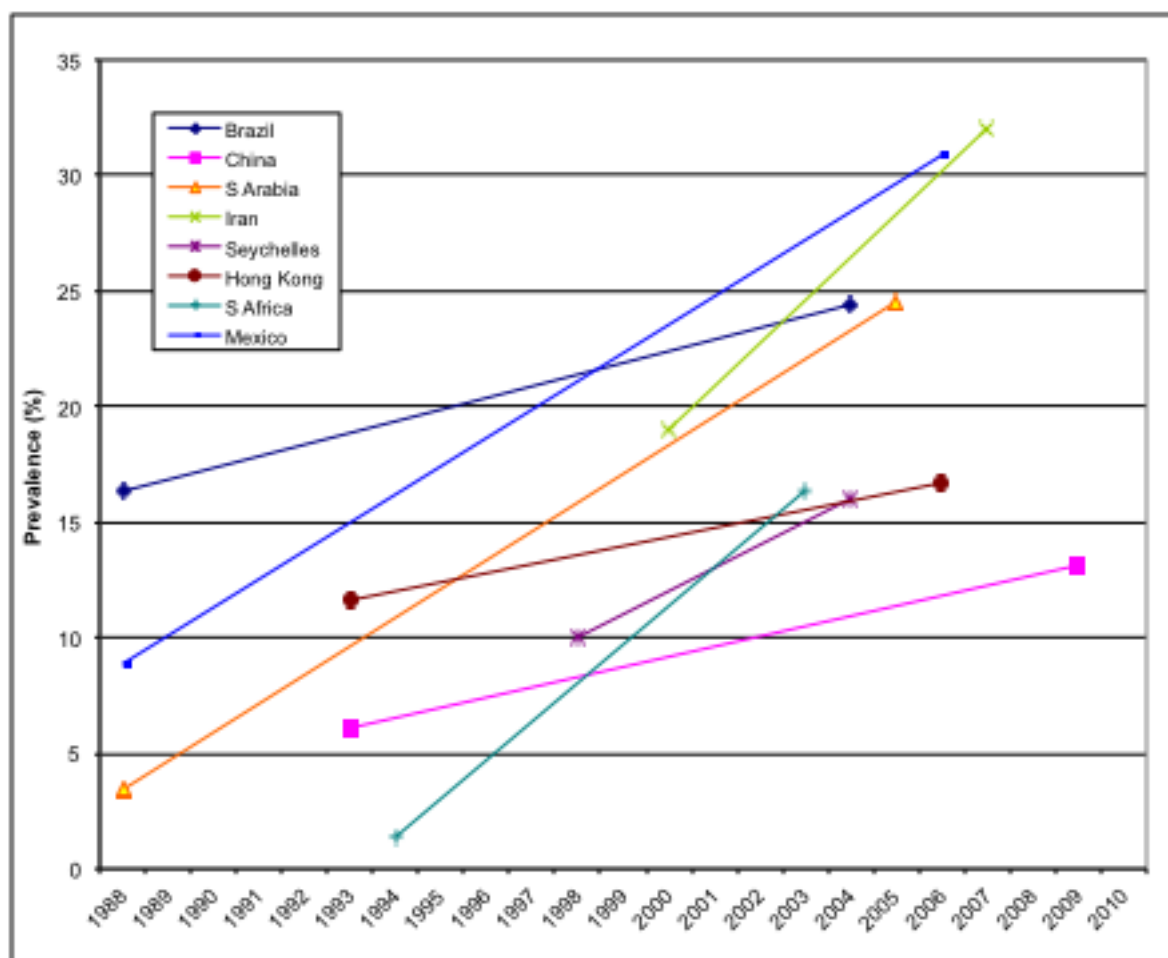


Figure 3 : Tendances de la prévalence du surpoids dans 8 pays émergents à niveau de revenus bas et moyens¹.

Au niveau mondial, différents acteurs, dont l’OMS, se mobilisent pour produire des statistiques et donner du poids à la prise en compte du surpoids et de l’obésité infantiles comme problème de santé publique. Au niveau européen aussi, des institutions mettent en place une surveillance du poids des enfants leur permettant de récupérer de nombreuses données épidémiologiques.

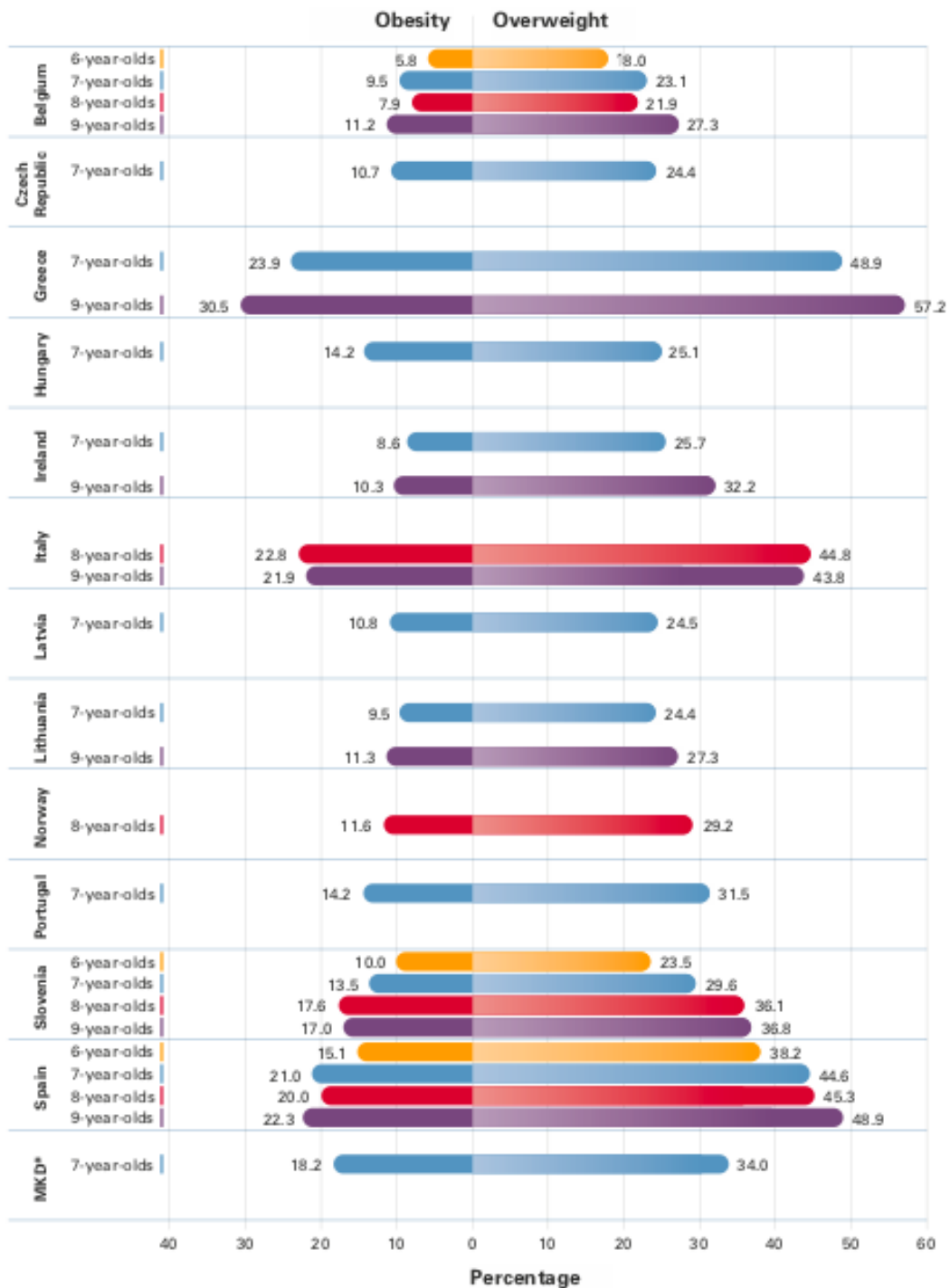
¹ Source IASO, 2014, surpoids défini par les critères de l’IOTF (incluant l’obésité).

3.2. La mise en place en Europe d'une surveillance de la prévalence de l'obésité infantile grâce au Child Obesity Surveillance (COSI)

Au niveau européen, des données existent sur l'épidémiologie du surpoids et de l'obésité chez les enfants et adolescents, de manière plus accentuée depuis 2006, avec la mise en place en Europe d'une surveillance de l'obésité infantile : le Child Obesity Surveillance Initiative (COSI). Le COSI a été instauré afin de surveiller le progrès de l'épidémie du surpoids et de l'obésité en Europe. Douze pays se sont engagés à recueillir des données auprès d'enfants scolarisés âgés de six à neuf ans selon un protocole précis et identique pour tous. La première concertation a eu lieu à Stockholm le 18 octobre 2006 et le protocole a été finalisé en septembre 2007 (puis revu en janvier 2008). Lors du premier COSI mis en place en 2008, 13 pays ont pris part au projet : la Belgique, la Bulgarie, Chypre, la République Tchèque, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, Malte, la Norvège, le Portugal, la Slovénie, la Suède. À partir de 2009, quatre pays se sont ajoutés : la Grèce, la Hongrie, l'Espagne et la Macédoine. Les premiers résultats ont été publiés en 2013 et 2014 dans des articles de Wijnhoven *et al.*¹. Il en ressort notamment la probable existence d'un gradient nord-sud avec un taux de surpoids plus important dans les pays d'Europe du Sud. En effet, d'après la

¹ Wijnhoven, T.M., Raaij, J.M.A., Spinelli, A., Starc, G., Hassapidou, M. et al., (2014). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. BMC Public Health.

Figure 4 ci-dessous, la Grèce, l'Espagne et l'Italie ont des taux de surpoids (incluant l'obésité) chez les garçons de 9 ans les plus hauts avec respectivement, un taux de prévalence de 57,2%, 48,9% et 43,8% en 2009/2010. En ce qui concerne l'obésité infantile, les taux de prévalence sont respectivement de 30,5%, 22,3% et 21,9%. Les pays européens avec les taux de prévalence les plus faibles se situent plutôt au Nord de l'Europe comme la Belgique par exemple avec une prévalence chez des garçons de 7 ans de 9,5% pour l'obésité et de 23,1% pour le surpoids. Ensuite, viennent la Lettonie et la Lituanie avec des taux de prévalence respectivement de 10,8% et 9,5% en ce qui concerne l'obésité et de 24,5% et 24,4% pour le surpoids (incluant l'obésité).



Figure

4: Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les garçons âgés de 6 à 9 ans en 2009/2010 par pays et par âge (COSI)¹.

¹ Figure tirée du WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative, Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010). Dans cette étude, le surpoids et l'obésité ont été définis comme la proportion d'enfants ayant un IMC pour l'âge supérieur à 1 Z-score et 2 Z-score, respectivement, par rapport à la médiane de 2007 du WHO. Le Z-score est une donnée chiffrée correspondant à la déviation par rapport à la médiane pour le sexe et l'âge. Son calcul permet une évaluation plus précise de l'excès de poids comparativement à une population de référence.

Chez les filles, la prévalence du surpoids et de l'obésité est légèrement inférieure à celle des garçons dans la majorité des pays européens ayant participé à cette surveillance. Ce sont toujours la Grèce, l'Espagne et l'Italie les trois pays ayant les taux de surpoids et d'obésité les plus élevés avec respectivement, 20,8%, 14,6% et 15,8% de filles de 9 ans obèses ainsi que 50%, 42,2% et 40,1% de filles en surpoids (incluant l'obésité) en 2009/2010.

Il est difficile de comparer les prévalences françaises avec celles issues de ces études car la France n'a pas pris part au COSI. Cependant, dans un rapport de 2005 de l'International Obesity Task Force (IOTF)¹, un enfant sur cinq est considéré comme étant en surpoids ou obèse en Europe. Les pays du littoral méditerranéen sont les plus touchés avec pour certains – comme Malte, l'Espagne, l'Italie – un taux d'enfants en surpoids et obèses supérieur à celui de 30% des États-Unis. La France ne fait pas partie des pays présentant les plus forts taux de prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles avec un taux de surpoids inférieur à 20% et un taux d'obésité ne dépassant pas les 5% (Cf. Figure 5).

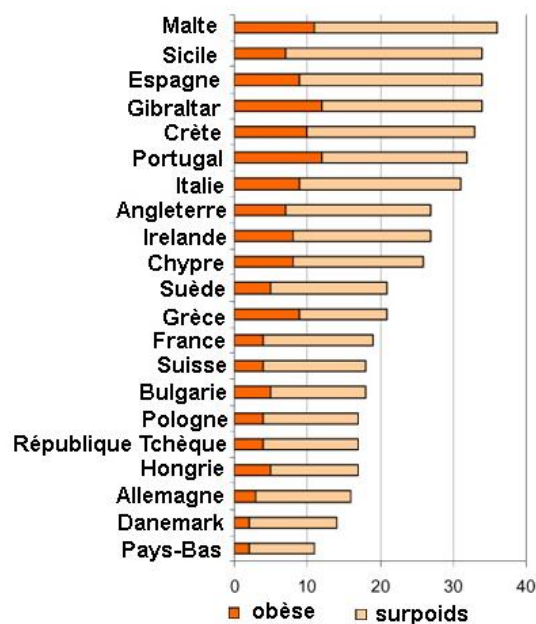


Figure 5 : Prévalence de l'obésité et du surpoids des enfants de 7 à 11 ans².

¹ https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/iotf_en.pdf

² Source du tableau : Cf. Cesarino et al., 2008.

3.3. Une forte production de données émanant de différentes institutions françaises sur la prévalence du surpoids et de l'obésité infantile en France

D'après le dernier rapport ministériel de la santé près de 20% des adolescents français seraient en surpoids ou obèses¹. En France, les statistiques sur le surpoids et l'obésité des enfants et adolescents montrent des tendances similaires à celles relevées au niveau mondial et européen avec une augmentation de la prévalence depuis les années 1980 (Cf. Tableau 5). Il n'existe pas en France de données plus anciennes concernant le surpoids et l'obésité infantiles. Les études menées entre les années 1980 et 1990 sont des études réalisées dans plusieurs régions françaises (INSERM, 2000).

Régions françaises	Critère de définition	Âges (années)	Périodes	Effectifs de l'échantillon	Nombre d'obèses (%)
Lorraine (Rolland-Cachera et coll., 1992)	IMC > 97,5 ^{ème} centile ¹	4-17	1980 1990	6863 5978	2,5 3,2
Hérault (Lehingue et coll., 1996)	P-PI > 2 fois l'écart type	4-5	1987-1988 1992-1993	8650 10174	1,8 4,9
Centre-Ouest (Vol et coll., 1998)	IMC ≥ 97,5 ^{ème} centile ²	9-10	1980 1996	1198 682	5,1 12,5
Paris (Deheeger et coll., 1994)	IMC > 97,5 ^{ème} centile ²	8	1993	112	10,0
Paris (Barthel et coll., 1998)	IMC > 97,5 ^{ème} centile ²	9-12	1996	3621	13,6
Nord (Charles et coll., 1995)	IMC > 97,5 ^{ème} centile ²	5-12	1992-1993	810	10,1
Rhône Alpes (Locard et Gemelli, 1989)	P/PI > 2 fois l'écart type	10-12	1987	7300	7,6
Indre et Loire (Bourderieux et coll., 1990)	IMC ≥ 25 kg/m ²	12-15	1988	1316	2,8

¹ centile déterminé à partir de la distribution de l'échantillon ; ² centile déterminé à partir de la distribution de la population de référence française.

IMC : indice de masse corporelle ; PCT : pli cutané tricipital ; T : taille ; P : poids ; PI : poids idéal

Tableau 5 : Prévalence et évolution de la prévalence de l'obésité infantile en France²

¹ https://www.francetvinfo.fr/sante/alimentation/un-quart-des-adolescents-francais-en-surcharge-ponderale-ou-obeses_3593107.html

² Source du tableau : Inserm (dir.). Obésité : Dépistage et prévention chez l'enfant. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2000, XVIII- 325 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/187>".

De nos jours, de plus en plus d'enfants sont concernés par une surcharge pondérale d'après les informations relevées dans une étude de l'INPES¹ réalisée en 2012 montrant que « *l'obésité et le surpoids concernent respectivement 3,5 % et 4,5 % des enfants, le double par rapport à une dizaine d'année, même si ce chiffre semble se stabiliser* ». Or, d'après une revue scientifique sur l'épidémiologie de l'obésité en France, « *chez les enfants, les résultats de nombreuses études montrent toutes une stabilisation ou une diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité depuis le début des années 2000* » (Julia & Hercberg, 2016, p. 2). D'après les auteurs de la revue, « *la mise en place du PNNS depuis 2001 (articulé avec un plan obésité de 2010 à 2013) a pu contribuer à cette évolution favorable* » (p.2). Ainsi, on observe des contradictions en fonction des études.

Malgré tout, dès le plus jeune âge les enfants sont touchés par ces problématiques, comme le montre une étude réalisée auprès des classes de grande section de maternelle en 2012-2013. D'après cette étude, « *11,9 % des élèves sont en surpoids et 3,5 % obèses. En grande section de maternelle, les prévalences de surpoids et d'obésité sont plus élevées pour les filles (respectivement 13,5 % et 3,8 %) que pour les garçons (10,4 % et 3,1 %)* » (Chardon et al., 2015, p. 2). Ce qui est intéressant à relever, c'est cette inégalité entre les filles et les garçons. Jusque là, aucune différence significative n'avait été relevée en fonction du sexe, or dans cette étude qui se focalise sur une tranche d'âge avec les grandes sections de maternelle, il y en a une. Les filles seraient plus précocement touchées que les garçons, mais en grandissant le nombre de garçons concernés serait plus conséquent et les différences s'estomperaient. Toujours en France, d'après Praznoczy, Lambert et Pascal (rapport ONAPS²) « *les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité sont respectivement de 11,9 % et 3,5 % en grande section de maternelle en 2013, de 18,9 % et 4,0 % en CM2* » (Praznoczy et al., 2017, p. 71). Ainsi, avec l'avancée en âge la prévalence de surpoids augmente, c'est le cas également pour l'obésité, mais de façon moins marquée.

Une étude relative à l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition, publiée en juin 2017, apporte de nouvelles données plus récentes sur le surpoids et l'obésité chez les enfants de 6 à 17 ans de France. D'après cette étude, « *chez les enfants de*

¹ Santé publique France depuis 2016.

² Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité.

6-17 ans, la prévalence du surpoids (obésité incluse) s'élevait à 17,0% en 2015. La prévalence de l'obésité était de 3,9%. Il n'y avait pas de différence significative entre les garçons et les filles » (Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, 2017, p. 30). Finalement, ces dernières années, la prévalence du surpoids et de l'obésité a eu tendance à se stabiliser d'un point de vue global pour les tranches d'âge de 6 à 17 ans. Cependant, dans le détail des variations en fonction du sexe et de la catégorie d'âge ont été observées. Ainsi, « la prévalence du surpoids (obésité incluse) a montré une tendance à une diminution au cours des dix dernières années chez les garçons de 6-10 et 11-14 ans et une augmentation chez les 15-17 ans. Cependant, le changement de la corpulence dans chaque tranche d'âge n'était pas significatif. Chez les filles, la prévalence du surpoids (obésité incluse) a eu tendance à diminuer parmi celles âgées de 6 à 10 ans alors qu'elle a eu tendance à augmenter chez les 11-14 et 15-17 ans » (p.33). Un point important souligné ici est le fait que malgré les variations de la prévalence du surpoids et de l'obésité, la corpulence des enfants n'aurait pas été modifiée de manière significative. Par la suite, il s'agit de comprendre comment toutes ces données épidémiologiques sont produites et à partir de quel moment un enfant est considéré en surpoids ou obèse. En parallèle de ces données plutôt alarmantes, l'étude relève un autre phénomène peu publicisé, un effet inverse de l'obésité : la maigreur. En effet, « la prévalence de la maigreur a eu tendance à augmenter dans chaque tranche d'âge quel que soit le sexe. Cette augmentation était significative chez les filles de 11-14 ans, passant de 4,3% en 2006 à 19,6% en 2015 » (Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, 2017, p. 35). Or, la maigreur n'est pas considérée comme un problème de santé publique contrairement à l'obésité. Les nombreuses actions de prévention mises en place par les pouvoirs publics afin de lutter contre le surpoids et l'obésité ne reflètent-elles pas une dramatisation du problème, ou une incitation inconsciente à la maigreur ?

De plus, les conclusions de cette étude rappellent l'existence de fortes inégalités sociales de santé, puisque la seule catégorie où il n'y a pas de stabilisation apparente de l'augmentation du surpoids et de l'obésité, est celle des jeunes en difficultés scolaires ayant des parents peu diplômés et avec un statut socio-économique faible. L'étude révèle ainsi « une stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte. Cependant l'influence du niveau scolaire persiste en matière de corpulence. Ces résultats confirment donc la nécessité

de prendre en compte les inégalités sociales de santé dans la définition et la mise en place des politiques de santé publique » (p. 1).

3.4. Épidémiologie de la surcharge pondérale au niveau local : les agences régionales de santé productrices de données

Sur le territoire national des disparités sont également observables. En effet, en fonction des régions, le taux d'enfants et d'adolescents en surpoids ou obèses peut être supérieur ou inférieur à la moyenne nationale. *« Le Nord, l'Est et le Bassin parisien sont chez l'enfant comme chez l'adulte des régions à forte prévalence, alors que les estimations sont plus faibles pour l'Ouest et le Sud-Ouest »* (Charles, 2007, p. 362). Cette affirmation s'appuie notamment sur l'enquête ObÉpi réalisée en 2000, *« qui portait sur les enfants de 2 à 17 ans »* et qui relevait que *« 11% des enfants étaient en surpoids ou obèses dans l'Ouest contre 16% dans le Nord »* (Charles, 2007, p. 362).

Le Bas-Rhin et le Haut-Rhin font partie des territoires les plus concernés par cette question. En 2013, l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins libéraux d'Alsace (URLMA), rapportait que *« l'Alsace se situe en deuxième position (17,8%) en ce qui concerne la prévalence de l'obésité chez les habitants de 15 ans ou plus. À 5-6 ans, la prévalence du surpoids et de l'obésité est également supérieure à celles d'autres régions »*. Cependant, ces chiffres ne dissocient pas le surpoids et l'obésité, or comme cela a déjà été montré précédemment, les conséquences ne sont pas les mêmes, tout comme les recommandations de prise en charge.

Quelques années auparavant, en 2000, une enquête nationale de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur la santé des enfants de grande section de maternelle, *« classait l'Alsace en première position des régions les plus touchées par la surcharge pondérale (y compris obésité) des enfants de grande section de maternelle »* (ARS Grand Est, 2017, p. 24). Cependant, depuis 2000, le nombre d'enfants concernés n'a cessé de diminuer dans le Bas-Rhin et le Haut-Rhin. *« En 2012-2013, 17,5% des enfants de grande section de maternelle étaient en surcharge pondérale (y compris obésité), contre 20,1% en 2005-2006 et 22,9% en 1999-2000 »* (ARS Grand Est, 2017, p. 24). Cette même tendance s'observe dans les territoires voisins en Lorraine et en Champagne-Ardenne (Cf., Tableau 6).

	1999-2000	2005-2006	2012-2013
France métropolitaine	18,3%	15,6%	15,4%
Champagne-Ardenne	15,8%	14,9%	15,6%
Lorraine	19,5%	18,0%	16,3%
Alsace	22,9%	20,1%	17,5%

Tableau 6 : Évolution de l'indicateur de surcharge pondérale (y compris obésité) des enfants de 5 à 6 ans - 2000-2013¹

En juin 2017, un autre rapport² sur la santé des enfants scolarisés en classe de 6^{ème} dans les établissements publics d'Alsace entre 2014 et 2016, a été rendu public. Grâce à un dispositif d'informatisation des bilans infirmiers au sein de ces établissements, l'ARS Alsace a pu obtenir de nombreuses informations sur la santé des enfants et notamment sur le statut pondéral des élèves de 6^{ème}. Ainsi, il en ressort que « *près d'un enfant sur quatre est en surpoids* » au niveau du territoire alsacien. Plus précisément, « *au regard de leur poids, de leur taille et de leur âge, au total 23% des enfants sont en surpoids (y compris obésité), dont 6% sont obèses et 17% en surpoids (hors obésité)* »³. Dans ce cas, il y a une part bien plus importante d'enfants concernés par le surpoids que par l'obésité.

Le rapport de 2017 de l'ARS relatif à l'état de santé de la population et l'état de l'offre de la région Grand Est, qui différencie également les prévalences du surpoids et de l'obésité parmi les enfants alsaciens scolarisés en 6^{ème}, va dans le même sens. Il reprend les données du précédent rapport sur la santé des élèves de 6^{ème} en y ajoutant une approche par zone de proximité⁴ (ZP). Ainsi, « *en matière de statut pondéral, les ZP de Strasbourg et Mulhouse se*

¹ Tableau tiré du projet régional de santé (PRS) 2018-2027 de l'ARS Grand Est sur l'état de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est, avril 2017. Source : Drees, enquête nationale de santé scolaire, 2014.

² Rapport fait dans le cadre d'une collaboration entre le Rectorat de l'académie de Strasbourg, l'ARS et l'Observatoire régional de la santé d'Alsace (ORS).

³ Dans cette étude, le statut pondéral des enfants a été déterminé en fonction de l'international obesity task force.

⁴ « *Les Zones de Proximités sont construites par regroupement des Établissements publics de coopération intercommunale (ECPI) autour des zones d'emploi, et par rapprochement à la répartition administrative en arrondissements et aux circonscriptions d'action des Conseils Généraux. Ces ZP correspondent à une structuration de l'espace locale et peuvent donc être, par essence, très différentes, urbaines, périurbaines ou*

démarquent négativement, ainsi que le sud de l'Alsace (ZP de Saint-Louis et d'Altkirch). Dans ces territoires, environ un quart des enfants est en surpoids (y compris obésité) » (Cf. Tableau 7).

	Enfants en surpoids ¹	Enfants obèses	Total
Wissembourg (n=450)	14,8%	3,8%	18,6%
Haguenau (n=883)	15,1%	5,9%	21,0%
Saverne (n=919)	16,0%	5,4%	21,4%
Strasbourg (n=2615)	18,2%	7,1%	25,3%
Molsheim-Schirmeck (n=1003)	14,3%	4,4%	18,7%
Obernai-Sélestat (n=1504)	15,7%	5,9%	21,6%
Colmar (n=1526)	15,2%	5,3%	20,5%
Guebwiller (n=446)	18,5%	3,2%	21,7%
Thann (n=368)	13,5%	4,4%	17,9%
Mulhouse (n=1775)	18,3%	6,0%	24,3%
Saint-Louis (n=712)	16,7%	6,5%	23,2%
Altkirch (n=545)	19,6%	4,7%	24,3%
Alsace	16,6%	5,7%	22,3%

Tableau 7 : Indicateurs concernant la surcharge pondérale des enfants de 6ème par zone de proximité en Alsace - 2014-2015²

Strasbourg et Mulhouse sont les deux villes les plus concernées dans le Bas-Rhin et le Haut-Rhin par les enfants en surpoids ou obèses, avec des taux supérieurs à la moyenne alsacienne d'environ 2 points, et supérieure à la moyenne nationale de plus de 5 points. Cependant, il est important de relever que le taux des enfants en surpoids est nettement plus important que celui des enfants obèses. Or, les conséquences délétères sur la santé ont uniquement été démontrées en cas d'obésité.

Ainsi, il est nécessaire de rester vigilant face aux chiffres annoncés dans les différentes enquêtes aux niveaux mondial, européen, national et local. En effet, l'amalgame entre surpoids et obésité reste fortement présent. De plus, malgré la mise en place de l'IMC avec

rurales »

<http://www.nord.gouv.fr/content/download/4379/23746/file/Territoires%20de%20Santé%20NPDC%20jv02.pdf>

¹ Hors obésité.

² Source : Logiciel Santé Scolaire, Données 2014-2015. Exploitation : ORS Alsace.

des références internationales communes, la comparaison entre les différents pays, régions ou villes, ainsi que l'analyse de l'évolution d'année en année du taux d'enfants concernés par le surpoids ou l'obésité restent difficile.

En effet, les études sont très rarement effectuées avec la même méthode, sur la même tranche d'âge, avec le même nombre de sujets... En 2013, une étude comparative de différents systèmes de classification du poids de l'enfant a été menée au Québec (Lemelin et al., 2013). Elle souligne la complexité de la mesure du surpoids et de l'obésité mais également la nécessité de s'appuyer sur d'autres outils pour suivre l'évolution de la prévalence de la surcharge pondérale. Il est primordial de savoir sur quelle classification les études épidémiologiques s'appuient et veiller à ce que les données recueillies d'une année à l'autre soient analysées à partir du même système de classification. En effet, d'après leurs résultats *« selon le système de l'IOTF, 16,6% des enfants de l'étude présentent un surpoids (13,5% embonpoint – 3,1% obésité). Selon celui des Centers of Disease Control and prevention (CDC), 24,3% présentent un surpoids (15,2% embonpoint – 9,1% obésité). Selon l'OMS cette prévalence est de 26,3% (20,1% embonpoint – 6,2% obésité). De plus, selon les critères de l'IOTF, l'obésité touche davantage les filles que les garçons (2,7% vs 0,4%) alors qu'avec les deux autres systèmes, les proportions sont similaires »* (Lemelin et al., 2013, p. 571). Ces résultats invitent à la prudence face à la prolifération de données alarmantes sur la prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles. Pourtant, ces données servent d'arguments aux politiques publiques pour mettre en place des actions sur le terrain.

4. Quelles politiques de santé publique par l'activité physique et l'alimentation pour lutter contre le surpoids et l'obésité chez les enfants et adolescents ?

Après avoir été qualifié de fait médical et suite à la production de données statistiques alarmantes, les pouvoirs publics se sont à leur tour emparés de la question du surpoids et de l'obésité infantiles, tentant d'inverser la tendance ils ont mis en place différentes mesures. « En novembre 2006, les ministres en charge de la santé de 48 pays ont été réunis par l'OMS à Istanbul pour débattre et réfléchir aux stratégies de prévention de l'obésité infantile » (Poulain, 2009, p. 165). Les institutions européennes aussi émettent des recommandations de santé publique et mettent en place des programmes de surveillance et de lutte contre la prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles. La quatrième étape de Blumer est celle du débat sur le traitement. Et Dorvil & Mayer parlent d'une étape de consolidation d'un point de vue de la médicalisation du problème. Les pouvoirs publics et les associations subsidiées s'accordent sur un « plan d'action officiel » (au sens de Blumer) et vont utiliser l'activité physique et l'alimentation pour lutter contre la prévalence du surpoids et de l'obésité. Comment sont mises en place ces mesures et de qui dépendent-elles ? Quelle place y occupent les activités physiques ?

4.1. Une législation spécifique aux enfants et adolescents comme outil de prévention primaire

Depuis 2001, pour lutter contre la prévalence de l'obésité infantile, la France a mis en place une série de mesures législatives avec « pour objectif la modification des habitudes alimentaires et de l'hygiène de vie » (Dériot, 2005, p. 140). Premièrement, l'État a diffusé des circulaires axées spécifiquement sur l'alimentation. Comme celle de juin 2001¹ du ministère de l'éducation rappelant les besoins nutritionnels et la composition des repas, puis celle de décembre 2003² stipulant la nécessité d'une éducation des enfants à la diététique. Par la suite,

¹ Circulaire no 2001-118 du 25 juin 2001, Composition des repas servis en restauration scolaire et sécurité des aliments.

² Circulaire n° 2003-210 du 1-12-2003, <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/46/MENE0302706C.htm>

des articles de loi relatifs à l'alimentation ont été publiés. Par exemple, l'article 29 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004¹ rend obligatoire la présence d'une information à caractère sanitaire dans les messages publicitaires pour les boissons avec sucre, sel ou édulcorants de synthèse ajoutés. Cependant, cette loi peut être contournée « *en reversant une somme à l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) correspondant à 1,5% des sommes consacrées à la publicité de ces produits* » (Dériot, 2005, p. 140). L'article 30² interdit quant à lui les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants dans les établissements scolaires. En 2007, l'article 29 est étendu à d'autres produits et les messages de prévention sont plus nombreux. La législation la plus récente concerne l'article 16 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016³ interdisant la vente de boissons en libre-service dans les lieux de restauration collective.

Dans l'ensemble de ces lois et de ces circulaires il n'est fait aucune mention de l'activité physique. À ce niveau, la lutte contre l'obésité infantile vise surtout à réguler l'alimentation. D'autres outils existent toutefois pour agir sur les deux leviers (alimentation et activité physique) et tenter de réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles.

4.2. Plan National Nutrition Santé : des résultats controversés et des ambiguïtés entre alimentation et activité physique

Il existe en France de nombreuses campagnes de prévention pour manger mieux et bouger plus, tel depuis 2001, le plan national de nutrition santé (PNNS). Il s'agit d'un plan de santé publique, destiné à toute la population française (enfants, adolescents, adultes, public spécifique ou non), conçu et coordonné par le ministère chargé des sports, de l'agriculture, de la consommation, de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Le premier

¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>

² Article 30 : les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants et accessibles aux élèves sont interdits dans les établissements scolaires à compter du 1er septembre 2005.

³ Art. L. 3232-9.-La mise à disposition, en accès libre, sous forme d'offre à volonté gratuite ou pour un prix forfaitaire, de boissons avec ajout de sucres ou d'édulcorants de synthèse est interdite dans tous les lieux de restauration ouverts au public, les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs.

plan (2001-2005) comportait des objectifs nutritionnels prioritaires, des objectifs spécifiques et des axes stratégiques. Toutefois, même si le terme activité physique n'apparaît pas dans le titre, il existe des objectifs en lien avec l'activité sportive puisque « *le PNNS s'appuie sur une définition moderne du terme "nutrition", qui n'est pas limitée à la simple référence aux "nutriments", mais se comprend aujourd'hui dans un cadre plus large qui intègre à la fois la référence à l'alimentation (aliments et nutriments) et à l'activité physique* » (Hercberg, 2012, p. 11). Parmi les neuf objectifs prioritaires, cinq portent sur le comportement alimentaire, trois sur l'état nutritionnel et un seul sur l'hygiène de vie en rapport avec la nutrition. Ce dernier objectif est l'unique point traitant des activités physiques : « *augmenter l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25% du pourcentage des sujets faisant, par jour, l'équivalent d'au moins 1/2h de marche rapide par jour (monter escalier à pied, faire les courses à pied)* » (Hercberg, 2012, p. 12). Parmi les objectifs plus spécifiques, on retrouve celui de « *diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents* ».

Suite au bilan réalisé par le professeur Serge Hercberg¹, le premier PNNS a été reconduit sur une deuxième période (2006-2010) en élargissant les objectifs spécifiques. D'après le rapport de « l'évaluation du PNNSS 2011-2015 et 2016 et du plan obésité 2010-2013 » (2016), « *il avait l'ambition de promouvoir une nouvelle gouvernance* » (de Batz et al., 2016, p. 11). En 2011 le plan est reconduit une troisième fois jusqu'en 2015. À la suite de ce troisième plan une nouvelle évaluation est menée par l'inspection générale des affaires sociales et sera cette fois-ci beaucoup plus critique sur les apports des mesures mises en place. Le terme même PNNS devrait, d'après ce rapport, être remplacé car aussi bien les acteurs de ce plan national que les professionnels de santé « *ne considèrent pas que le vocable "nutrition" engloberait par définition l'activité physique* » (de Batz et al., 2016, p. 18). Ils relèvent également un manque de clarté dans les objectifs, les axes et les mesures très nombreuses mais non priorisées (cf. Figure 6). Finalement « *les objectifs ainsi libellés ne peuvent être compris non seulement par le grand public mais aussi par ceux qui s'investissent*

¹ Médecin épidémiologiste français, président du PNNS.

pour développer des actions qui sont du ressort de l'objectif général du PNNS » (de Batz et al., 2016, p. 23).

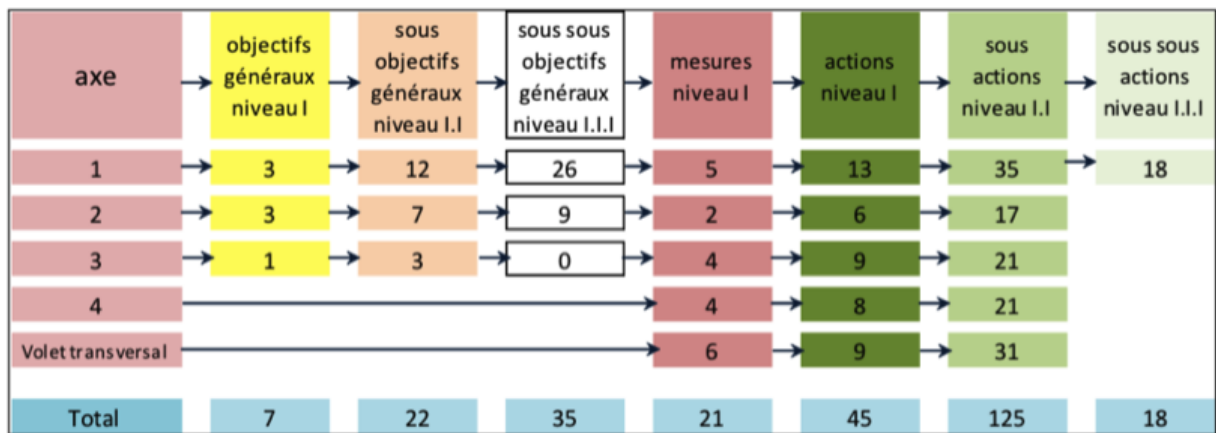


Figure 6 : Découpage des axes, objectifs et mesures du PNNS¹

Le PNNS insiste sur les inégalités sociales de santé, et même si les actions mises en place dans ce sens vont permettre « *des améliorations pour les catégories sociales les moins favorisées [ce sera] dans une proportion moindre que pour les plus favorisées* » (de Batz et al., 2016, p. 24). Toujours d'après le rapport de Batz et al., le PNNS ne prendrait pas suffisamment en compte l'hétérogénéité de la population française et n'adapterait pas ses messages aux cultures nutritionnelles (alimentaires et sportives) des français issus de l'immigration vivant plus souvent en situation de précarité. De plus, « *les messages d'information nutritionnelle contribuaient à conforter les inégalités, à la fois parce qu'ils étaient mieux reçus et mieux compris par les catégories socioprofessionnelles privilégiées et parce qu'ils étaient susceptibles de générer un sentiment d'impuissance et de culpabilité au sein des populations précaires* » (de Batz et al., 2016, p. 63). À noter que parmi ces messages de prévention, un seul est exclusivement axé sur l'activité physique : « *pratiquez une activité physique régulière* ». Les

¹ Rapport d'évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013, juillet 2016.

autres messages ciblent les comportements alimentaires à éviter comme par exemple : « évitez de manger trop gras, trop salé, trop sucré ».

Concernant la prévention du surpoids et de l'obésité chez les moins de 18 ans, le PNNS émet une recommandation aux adolescents âgés de 12 à 17 ans. Il s'agit de faire « *au moins 1 heure par jour d'activité d'intensité modérée et élevée. Parmi les activités pratiquées, des activités qui renforcent les muscles, les os et améliorent la souplesse (saut à la corde, jeux de ballon, gymnastique, danse...) sont à pratiquer un jour sur deux* »¹. Cette recommandation reste très théorique, et difficilement compréhensible pour le grand public, même si un lexique propose une définition d'une activité physique d'intensité modérée : « *activité qui demande un effort physique modéré entraînant une petite augmentation de la respiration et du rythme cardiaque. Elle entraîne une légère transpiration et un effort ressenti de 5 ou 6 sur une échelle de 0 à 10* ». Cette définition est une fois encore assez vague et il sera difficile de l'interpréter pour une personne non habituée au langage sportif et à la pratique d'activité physique. Ce manque de clarté est aussi relevé dans le dernier rapport d'évaluation du PNNS de Batz et al. (2016). Déjà en 1995, « *à l'initiative des Centers for Disease Control and prevention (CDC) et de l'American College of Sports Medicine (ACSM), les recommandations de santé publique [axées sur l'activité physique] ont vu le jour* » (Vuillemin, 2011, p. 185). Ces recommandations sur l'activité physique (durée et intensité) ont d'abord été émises pour les adultes, avant d'être élargies aux enfants et adolescents. « *Ainsi, il est recommandé que les jeunes d'âge scolaire participent à 60 minutes ou plus d'activité physique quotidienne d'intensité modérée à vigoureuse appropriée au développement intégrant des activités d'intensité vigoureuse et des activités de renforcement des muscles et des os* » (Vuillemin, 2011, p. 186).

Le PNNS n'est pas le seul plan gouvernemental, d'autres sont créés comme le plan sport santé bien-être (P2SBE), le plan cancer, le plan national santé environnement, l'information et l'éducation à l'alimentation à l'école, le plan obésité... Il y a donc une multitude de plans ce qui ne facilite pas la lisibilité et la compréhension du PNNS (de Batz et al., 2016). Ce sont aux Agences Régionales de Santé (ARS) de mettre en œuvre des actions de

¹ Voir <http://www.mangerbouger.fr/Bouger-Plus/Bougez-plus-a-tout-age/Adolescents>

prévention dans le cadre du PNNS. Des disparités naissent entre les régions, en fonction du budget accordé au PNNS et de l'importance qu'il lui est donné.

Mais cette prévention collective contre l'obésité infantile est-elle réellement adaptée et efficace ? « *Laisser imaginer que l'obésité menace chaque enfant et multiplier les campagnes d'information et de prévention dans ce sens est délétère à double titre* » (Tounian, 2016, p. 387). D'une part, il peut y avoir une plus forte discrimination sociale des enfants obèses puisque « *pour beaucoup, l'obésité témoigne d'un manque de volonté de l'enfant à résister aux tentations ou d'une éducation incorrecte prodiguée par les parents* » (p. 387). La répétition des messages préventifs peut être source de stigmatisation supplémentaire pour les enfants obèses. D'autre part, « *ces messages qui s'adressent majoritairement à des enfants qui ne sont pas concernés par le risque d'obésité, sont susceptibles d'entraîner chez eux des troubles du comportement alimentaire* » (p. 387). Pour cet auteur, la prévention de l'obésité devrait se concentrer uniquement sur les enfants à risque (obésité chez l'un des parents et/ou précocité de l'âge du rebond d'adiposité).

Pour le moment, rares sont les actions ciblant uniquement les enfants ou les adolescents considérés « à risque ». Toutefois, hormis le PNNS – outil de prévention primaire adressé à toute la population française (enfants, adolescents, adultes qu'ils soient en surcharge pondérale ou non) – d'autres recommandations centrées exclusivement sur la prise en charge des enfants et des adolescents en surpoids ou obèses ont également été formalisées.

4.3. Des recommandations de prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses émises par la Haute Autorité de Santé (HAS)

En France, depuis 2003, la Haute Autorité de Santé (HAS) édite également des recommandations spécifiques pour la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses. Ces recommandations ont été réactualisées en 2011 à la demande de la direction générale de la santé, dans le cadre du deuxième PNNS (2006-2010), dans une volonté d'articulation de ces deux plans. On y retrouve notamment des informations pour savoir comment et quand dépister le surpoids et l'obésité des enfants et adolescents, comment annoncer le diagnostic,

les principes de la prise en charge, l'approche et les moyens thérapeutiques (rôle du médecin) et les modalités de suivi avec les trois niveaux de prise en charge.

Dans un premier temps, la prise en charge s'effectue par le médecin traitant, lorsqu'il n'y a pas de complication en lien avec le surpoids ou l'obésité. Ensuite, l'enfant peut être orienté « *vers une prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire, faisant appel à des professionnels spécialisés* » (HAS, 2011). Enfin, en dernier recours, peut lui être proposée une prise en charge à échelle régionale et coordonnée par un médecin et une équipe spécialisée. Elle est mise en place en cas de comorbidités sévères et/ou de contexte familial très défavorable.

En 2013, deux grilles de critères de qualité de suivi du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ont été mises à disposition des médecins généralistes et pédiatres de premiers recours (médecins suivant régulièrement l'enfant). La première grille vise à « *améliorer la qualité du suivi par les médecins habituels des enfants et adolescents ayant un surpoids ou une obésité* » (HAS, 2013b, p. 11) en complément des recommandations de bonne pratique de 2011. Les objectifs de qualité et de sécurité concernent le suivi de l'enfant et de sa famille dans une volonté « *d'accompagner la famille pour obtenir un changement durable* ». D'autres préconisations sont explicitement formulées comme la nécessité d'un suivi régulier sur un minimum de deux ans, la réalisation d'une évaluation initiale de l'enfant, l'importance d'expliquer l'anomalie repérée sur la courbe de corpulence à la famille et celle de ralentir la progression de cette courbe (HAS, 2013b). La deuxième grille a pour but « *d'améliorer le repérage par leur médecin habituel des enfants et adolescents ayant un surpoids ou une obésité* » (HAS, 2013a, p. 10). Les objectifs sont de repérer le plus tôt possible un surpoids (y compris obésité) chez les enfants et les adolescents, de repérer des signes d'alerte sur la courbe de corpulence et d'expliquer ces éléments à la famille (HAS, 2013a).

Les programmes de prise en charge mis en place, soutenus par des politiques publiques locales variées, vont davantage s'appuyer sur les recommandations de la HAS que sur celles du PNNS car elles s'adressent plus spécifiquement à la population ciblée.

4.4. Un plan d'action de lutte contre l'obésité infantile au sein de l'Union Européenne et des dispositifs spécifiques de prise en charge de l'obésité infantile dans plusieurs pays d'Europe

D'après les concepteurs du PNNS, la France serait un des premiers pays à mettre en place des mesures de prévention autour de l'alimentation et de l'activité physique et aurait été « *saluée par les instances internationales* » (de Batz et al., 2016). L'OMS s'est inspiré du PNNS français et adopte en mai 2014 « *la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* », « *déclinée par le comité régional de l'Europe de l'OMS dans le plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020* » (de Batz et al., 2016, p. 19). Ce plan d'action « *vise à réduire dans une large mesure la charge des maladies non transmissibles évitables et liées à l'alimentation, de l'obésité et de toutes les autres formes de malnutrition encore répandues dans la Région européenne de l'OMS* » (OMS bureau régional de l'Europe, 2014, p. 2).

Plus concrètement, à l'échelle européenne, l'Union Européenne (UE) a mis en place un plan d'action contre l'obésité infantile pour la période 2014-2020 et a identifié trois intervenants principaux : les 28 pays membres de l'UE, la Commission Européenne et certaines organisations internationales. Il s'agit du plan européen de lutte contre l'obésité infantile de 2014-2020, dont le principal objectif est d'arrêter l'augmentation du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents (0-18 ans) d'ici 2020. Dans ce plan d'action, il est suggéré d'agir sur l'environnement de l'enfant (notamment le milieu scolaire où il passe une grande partie de ses journées), sur le marketing et les messages d'avertissement, d'informer et d'éduquer les familles, d'encourager l'activité physique et d'évaluer la santé et le comportement des enfants par rapport à la nutrition et à l'activité physique avant de lancer des programmes d'action, et de développer la recherche. C'est pourquoi, il n'est pas surprenant de trouver des programmes nationaux de lutte contre la prévalence de l'obésité infantile en Europe. En effet, en Allemagne, depuis 2011, il existe un programme similaire au PNNS, il s'agit de In Form (une initiative allemande pour une alimentation saine et pour plus d'activités physiques). Drohsel explique que « *ce plan a été élaboré conjointement par le ministère fédéral de la santé et le ministère fédéral de l'alimentation, de l'agriculture et de la protection du consommateur* » (Drohsel, 2009, p. 25). Comme pour le PNNS, ce plan vise l'ensemble de la population pour une « *amélioration durable du comportement alimentaire et*

de l'activité physique ». Aceti et Vieille Marchiset montrent qu'en effet, le programme « manger-bouger » du PNNS et le programme allemand In Form se situent au niveau de la promotion de la santé globale, alors que d'autres pays ont fait un choix différent. En 2007, « *poids corporel sain (programme suisse) et Guadagnare Salute (programme italien) s'intègrent dans une démarche de prévention des maladies : l'obésité en Suisse et les maladies cardio-vasculaires associées au surpoids en Italie* » (Aceti & Vieille Marchiset, 2014, p. 42). D'après ces auteurs, le premier positionnement a pour volonté de « *s'éloigner de toute idée de stigmatisation* ». En France comme en Suisse, ils ont pu relever que « *l'activité physique est moins présente sur les sites internet au profit de la diététique et de l'alimentation* ».

De plus, chez nos voisins suisses, il existe également une prise en charge en réseau spécifique pour les enfants en surpoids ou obèses. Dans ce pays, « *l'attention des politiques s'est focalisée sur les plus jeunes, non seulement parce qu'ils sont considérés comme particulièrement vulnérables, mais aussi parce qu'ils constituent un « capital humain » dans lequel il convient d'investir pour la prospérité future de la société* » (Lutz, 2018, p. 73). C'est pourquoi, en lien avec le contexte international, la Suisse approuve la stratégie de l'OMS et conçoit « *une stratégie nationale de lutte contre l'obésité qui a vu le jour en 2008, sous la forme du Programme National Alimentation et Activité Physique (PNAAP)* » (Lutz, 2018). Ce plan ressemblant au PNNS français est prioritairement axé sur la lutte contre les maladies non transmissibles chez les jeunes suisses de moins de 18 ans (surpoids, obésité, troubles du comportement alimentaire) (Lutz, 2018). Depuis 2013, « *selon la nouvelle ordonnance fédérale sur les prestations, chaque pédiatre et généraliste-interniste, ainsi que médecin scolaire, peut organiser une prise en charge, y compris avec des consultations diététiques, des enfants obèses au-dessus d'un IMC de 30kg/m²* » (Tabin et al., 2015, p. 1640). En cas de surpoids avec comorbidités ou d'obésité, la thérapie peut être remboursée. Lors de la première phase de la prise en charge, il y a 6 mois de thérapie individuelle avec le médecin (et possibilité de consultations avec un diététicien et/ou un psychologue). Ensuite, lors de la seconde phase, il y a 3 à 6 mois de thérapie individuelle multidisciplinaire ou 1 à 2 ans de thérapie multidisciplinaire de groupe pour les enfants de 8 à 18 ans, tous deux reconductibles en cas de non amélioration. Un suivi individuel trimestriel est poursuivi pendant 5 ans. S'il n'y a pas d'amélioration mais, au contraire, une aggravation de la maladie, la chirurgie bariatrique est envisageable. En parallèle, des programmes d'actions cantonaux pour les enfants en

surpoids sans comorbidités sont mis en place. Il serait judicieux de comparer ces programmes aux actions françaises menées dans le cadre du PNNS.

5. Du national au local : l'émergence des politiques publiques locales de lutte contre l'obésité

Pour donner suite aux politiques publiques et à la législation sur la question de la lutte contre la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants, de nombreuses actions concrètes sont mises en place. Ces programmes d'action marquent la cinquième étape de la construction du problème social de Blumer. Ces actions rigidifient le problème « *en lui faisant une place dans ce qui sera dorénavant l'évidence renouvelée de l'ordre social* » (Moriau, 2017¹).

En France, à la suite des recommandations de l'UE, de la HAS, du PNNS et à la mise en place d'une législation sur la prévention et la prise en charge de l'obésité infantile, des politiques publiques locales ont émergé sur une grande partie du territoire. En effet, dans de nombreuses villes, des actions ont été menées, notamment dans des écoles, pour prévenir l'obésité infantile. Toutes les actions du PNNS portent sur la nutrition et/ou la santé et/ou l'activité physique. Certaines d'entre elles ont été réalisées par plusieurs villes mais toujours sur un territoire précis. Souvent, ce sont les écoles situées dans les QPV qui en ont bénéficié. Ces actions sont généralement mises en œuvre pendant une année scolaire. Elles sont parfois reconduites pendant 2 ou 3 ans supplémentaires, ou développées dans d'autres écoles de la ville qui n'en bénéficiaient pas. Ces actions visent l'ensemble des enfants et non spécifiquement ceux en surpoids ou obèses. Par exemple, à Strasbourg de 2012 à 2015, un programme intitulé « Je me bouge dans mon quartier » a été mis en place dans cinq écoles situées dans des QPV avec pour objectif « *d'augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges* ». Ce programme comprenait des actions en direction des enfants eux-mêmes (sur le temps scolaire, périscolaire, extrascolaire), de leur potentiel support social (sur le temps familial) et de leur environnement (réaménagement des cours de récréations). En complément, comme dans d'autres villes de France, l'action « un fruit à la récréation » était également mise en œuvre. Dans ce cas, en accord avec le directeur de l'école, il était demandé

¹ <https://www.cbcs.be/Comment-naissent-les-problemes-sociaux>

aux parents de ne plus donner de goûter à leur enfant puisque l'école fournissait une collation constituée d'un fruit.

Chaque municipalité est libre de mettre en place les actions qu'elle souhaite, parfois en collaboration avec les directeurs d'école. Il existe un réseau des villes actives PNNS et un site internet¹ où sont répertoriées toutes les actions menées depuis 2001 dans chacune des villes.

En parallèle de ces actions et pour répondre aux recommandations de la HAS, des réseaux de prise en charge des enfants en surpoids ou obèses, nommés Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RÉPPOP), ont été créés depuis 2003. Ils proposent aux familles des activités variées, encadrées par une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé (médecins, diététiciennes, psychologues, enseignants en activités physiques adaptées...). Ces réseaux répondent au deuxième niveau de prise en charge multidisciplinaire préconisé par la HAS coordonnée par le médecin traitant. Il existe actuellement une dizaine de RÉPPOP en France et depuis 2006, il y a même une coordination nationale des RÉPPOP (la CN-RÉPPOP). Ces réseaux fonctionnent sous forme associative et sont financés essentiellement par l'assurance maladie et l'État. Ils interviennent à l'échelle d'une ville ou d'un département.

Dès 1991, une autre association, « Fleurbaix Laventie Ville Santé » (FLVS), a été créée avec pour objectif « *d'accompagner les collectivités locales et territoriales en leur apportant des solutions concrètes pour la mise en œuvre d'actions de santé publique* »². Entre 1992 et 2004, l'association mène une importante étude sur la prévention de l'obésité infantile qui donnera naissance à un programme intitulé : Ensemble, Prévenons l'Obésités des Enfants ; renommé en 2011 Vivons en forme (Vif). L'acronyme FLVS est conservé mais signifie maintenant « Fédérons Les Villes pour la Santé » afin d'être plus significatif à l'échelle nationale. Le programme Vif « *mobilise les collectivités et les acteurs de proximité autour d'un objectif : accompagner les familles vers des comportements plus favorables à la santé et à la*

¹ <http://reseauvillesactivespnns.fr/>

² <https://vivonsenforme.org/mission/>

forme »¹. Prévenir le surpoids et l'obésité chez l'enfant est un des trois objectifs majeurs de Vif, et les actions prises sont orientées autour de trois axes en lien avec les recommandations du PNNS :

- « Une alimentation équilibrée, diversifiée, abordable et plaisante au niveau familial
- La pratique d'activités physiques régulières pour tous, intégrées dans le quotidien
- Un environnement local favorable à l'intégration de ces bonnes pratiques »²

Ces actions ne se basent pas uniquement sur les caractéristiques individuelles de l'enfant, mais prennent également en compte sa famille et l'environnement dans lequel il évolue. C'est un point important mis en avant par Davison & Birch en 2001 avec le modèle écologique des prédicteurs du surpoids et de l'obésité infantile, le statut pondéral de l'enfant est aussi influencé par le style de vie et les caractéristiques de ses parents, tout comme celles de sa communauté d'appartenance et plus largement les caractéristiques sociodémographiques de son environnement de vie (Davinson & Birch, 2001 ; Booth et al., 2009).

D'autres villes ont développé leur propre programme de prise en charge par le biais associatif. C'est le cas à Béziers avec le réseau « croque santé » mis en place depuis septembre 2006 et porté par l'association Comerbi. Le principe de fonctionnement reste semblable avec un dépistage par le médecin scolaire, la PMI ou le médecin traitant de l'enfant et une orientation de l'enfant vers le réseau. Suite au diagnostic, chaque enfant se voit proposer des consultations en diététique, un suivi psychologique ou des ateliers éducatifs (nutrition, activité physique, gestion des achats...), voire, si besoin, des séjours en centre spécialisé. Une évaluation du dispositif a permis de livrer quelques chiffres sur les actions menées : « plus de 800 enfants ont été pris en charge, 136 médecins sont impliqués, 80 % des enfants suivis ont entre 6 et 15 ans, l'excès de corpulence a diminué en moyenne de 28 % sur l'ensemble de la cohorte d'enfants suivis et 10 % des enfants suivis ont normalisé leur corpulence »³. La corpulence est évaluée à partir de l'IMC. Dans la région de Béziers, il y a également un réseau

¹ <https://vivonsenforme.org/mission/>

² <https://vivonsenforme.org/objectifs/>

³ <http://www.mmg-beziers.fr/?association=5&nom=Croque+santé>

RÉPPOP. Certains enfants peuvent alors être doublement suivis et pour ces derniers la diminution de l'excès de corpulence passe de 28 à 45 % (d'après les derniers résultats publiés sur le site du réseau¹). Cependant, la répartition des masses maigres ou masses grasses n'est pas connue et il n'y a pas de données de référence sur le poids initial des enfants suivis.

¹ <http://www.mmg-beziers.fr/?association=5&nom=Croque+santé>

Conclusion Chapitre 1

Ce chapitre a permis d'analyser la construction du surpoids et de l'obésité infantiles comme un problème social et médical. Le surpoids et l'obésité infantiles deviennent progressivement dans les années 1990 des sujets de préoccupations légitimes dont la mesure est standardisée par l'intermédiaire de l'IMC. Cet instrument facile à utiliser et permettant une comparaison rapide des données devient l'outil de mesure principal du surpoids et de l'obésité malgré l'expression de points de vue critiques préconisant a contrario l'utilisation d'une pluralité d'outils. Des recherches sont menées pour connaître les causes et les conséquences du surpoids et de l'obésité infantiles. Les causes sont décrites comme complexes et multiples – facteurs génétiques, environnementaux et/ou psychologiques, modes de vie sédentaires et alimentation trop « riche ». D'un point de vue des conséquences, l'obésité infantile pourrait conduire à des problèmes de santé à l'âge adulte mais aucune corrélation entre surpoids et problème médical n'est relevée. À partir des années 2000, l'IMC servira d'indicateur unique dans la production de nombreuses données épidémiologiques relatives au poids des enfants et des adolescents dans le monde, en Europe, au niveau national et local. La mobilisation d'acteurs à différentes échelles territoriales contribue à renforcer l'importance donnée à la prévalence du surpoids et à l'obésité infantiles, et à son augmentation régulière. L'OMS qualifiera ainsi l'obésité infantile « d'épidémie mondiale ». Face à ce problème, des politiques de santé publique spécifiques sont formalisées et mises en œuvre à travers toute une série de mesures visant à lutter contre le surpoids et l'obésité infantiles. Ces mesures préventives centrent majoritairement leur attention sur l'alimentation des enfants et des adolescents plutôt que sur leur pratique d'activité physique, à l'exemple du PNNS dont les actions cherchent à agir sur ces deux aspects. Enfin, au niveau local, des interventions sont développées qui tiennent compte des recommandations générales de santé et des particularités locales.

La présentation de la genèse de politiques publiques de lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles tend à masquer la diversité et les caractéristiques singulières des enfants et des adolescents concernés. Il est par conséquent nécessaire de mieux décrire cette population spécifique en tenant compte notamment des différenciations sociales remarquables. L'épidémiologie de l'obésité infantile atteste effectivement de l'existence d'inégalités sociales de santé. Ces dernières doivent être questionnées en mettant davantage en lien les rapports

à l'alimentation, les pratiques d'activité physique et les propriétés sociales des enfants ou des adolescents et de leur famille.

Dans la littérature de santé publique, on observe de nombreuses recommandations sur la prise en charge des enfants et sur les comportements à adopter afin de lutter contre le surpoids et l'obésité infantiles. Cependant, la question du rôle des familles et de l'entourage des enfants et adolescents en surpoids ou obèses est peu abordée. Pourtant, des travaux d'anthropologie et de sociologie montrent le rôle déterminant des parents dans la transmission des styles de vie, notamment pendant l'enfance. Dès lors, comment se transmettent les styles de vie actifs aux enfants en surcharge pondérale dans des familles issues de quartiers populaires ?

Une enquête dans deux QPV de Strasbourg et un QPV de Mulhouse – auprès d'enfants et d'adolescents défavorisés en surpoids ou obèses – permettra de saisir par la preuve sociologique leurs représentations du corps, de la santé, de l'alimentation et de l'activité physique et ainsi, de mieux comprendre leur rapport tant au surpoids et à l'obésité qu'aux recommandations des politiques de santé publique dans ce domaine. Prenant comme cadre les dispositifs locaux de lutte contre l'obésité, l'enquête tiendra compte de l'effet des structures et des spécificités locales (notamment « l'effet de quartier »).

Chapitre 2

**De l'action publique aux pratiques de « sport-santé » des
enfants en surpoids et de leur famille : réception et
transmission**

Introduction

Les taux de prévalence des enfants en surpoids ou obèses sont particulièrement importants dans les quartiers populaires (Fernandez et al., 2007 ; Enquête ObÉpi, 2012 ; Praznoczy et al., 2017). C'est également dans ces quartiers défavorisés que les familles populaires ont tendance à pratiquer moins d'activité physique (Gasparini & Vieille Marchiset, 2015) , notamment les filles et les femmes, et à s'alimenter avec une nourriture « qui tient au corps », souvent par manque de moyens financiers mais également en fonction de leurs représentations sociales et culturelles du corps « sain ». L'objectif de ce second chapitre est de construire l'objet de recherche afin de saisir les logiques sociales de transmission et de réception des styles de vie actifs (ou non) aux enfants en surcharge pondérale dans des familles issues de quartiers populaires.

Pendant l'enfance, la famille joue un rôle important d'accompagnement ou d'incitation à l'activité physique mais également de transmission, par « inculcation » (sous forme d'éducation « volontaire ») et par « imprégnation-incorporation » (par l'habitus au sens de Pierre Bourdieu) des comportements actifs parentaux (Octobre & Jauneau, 2008). Mais la famille n'est pas la seule instance de socialisation pour les enfants. L'école, les pairs, la famille élargie peuvent également transmettre des manières de faire et orienter le « goût » à l'activité physique. À travers ce chapitre, l'objectif est de mettre en relation les représentations du corps, de l'alimentation et de l'activité physique de familles (parents et enfants) issues de quartiers défavorisés. Il s'agit également de comprendre et d'analyser les formes de transmission familiale (et par les pairs et l'école) des styles de vie actifs et comprendre comment sont réceptionnées les normes alimentaires et d'activité physique véhiculées par les politiques de santé publique chez l'enfant en surcharge pondérale et son entourage familial.

L'objet de recherche construit, il s'agira ensuite d'élaborer un corps d'hypothèses et une méthodologie d'enquête rigoureuse qui permettront d'identifier des logiques familiales différenciées en fonction de facteurs tels que l'environnement, le sexe de l'enfant, sa place dans la fratrie, l'expérience sportive de ses parents et leur statut pondéral, mais également en fonction du parcours personnel de chacun des membres de la famille. Il s'agira ainsi de ne pas limiter les facteurs de la production sociale du poids corporel à la dimension évidente des pratiques alimentaires ou de la pratique sportive mais de traiter ces deux dimensions comme

des éléments d'un système global de pratiques et de croyances qui s'autoalimentent et définissent le style de vie d'un groupe donné.

1. La transmission, un processus complexe et multifactoriel

Les transmissions sont multiples. Elles peuvent être ascendantes, descendantes ou horizontales, avec un partage d'expérience qui se fait à la fois de manière consciente et inconsciente. La famille occupe une place importante dans les transmissions, notamment pendant l'enfance. Néanmoins, tous les enfants ne « réceptionnent » et ne s'approprient pas de la même manière les valeurs et comportements transmis. Il est nécessaire de prendre en compte le contexte social, culturel, historique et le système de significations dans l'analyse de la transmission et de la réception des styles de vie actifs.

1.1 Modalités de la transmission : des indicateurs multiples et variés

Processus complexe, la transmission a été étudiée par plusieurs anthropologues et sociologues qui ont tenté d'en comprendre ses modalités.

Tout d'abord, le terme de « socialisation » renvoie à une modalité de la transmission (Chanez, 2007). Dès 1922, Durkheim montre que la socialisation passe par l'éducation et la « socialisation primaire ». Mais il laissait peu de place aux familles dans cette transmission puisque pour lui, l'éducation se transmet avant tout par l'école et est vue comme un phénomène unilatéral allant des adultes vers les enfants. L'éducation était ainsi perçue comme « *l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale ayant pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états psychiques, intellectuels et moraux que réclament de lui et la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné* » (Durkheim, 2012, p. 12).

Depuis, la place des familles dans les transmissions est abordée par plusieurs sociologues. Pour Berger et Luckmann, le monde des parents est le seul qui existe pour les enfants. Les expériences vécues (consciemment ou inconsciemment) au cours de la socialisation primaire sont davantage intériorisées et incrustées dans la conscience des enfants que celles se déroulant au cours de la socialisation secondaire (Berger & Luckmann, 1986). Pour rappel, ce sont bien les parents, d'après Bourdieu, qui sont à l'origine de la

socialisation primaire. C'est donc la famille de l'enfant qui va avoir le plus d'impact dans les transmissions pendant son enfance. Ainsi, pour que la socialisation secondaire ait un effet, elle doit avoir un socle similaire à celui de la socialisation primaire. (Berger & Luckmann, 1986 ; Darmon, 2007). Quant à Bourdieu, il dira que la famille est le lieu où s'accumule et se sauvegarde le capital (culturel, économique, social et symbolique) qui se transmet ensuite de génération en génération (Bourdieu, 1993). Aujourd'hui encore, les familles ont une place centrale dans la socialisation de l'enfant, de par sa configuration elle agit sur « *la fabrication sociale des dispositions, des compétences et des appétences* » (Lahire, 2019, p. 31).

Berger et Luckmann distinguent deux formes de socialisation. Si la socialisation primaire consiste en l'appréhension du monde social, en tant que réalité signifiante, la socialisation secondaire permet à l'individu, déjà socialisé, d'absorber de nouvelles réalités liées à son investissement dans de nouveaux secteurs de la vie sociale. « La socialisation secondaire est l'intériorisation de "sous-mondes" institutionnels ou basés sur des institutions » (Berger & Luckmann, 1986, p. 189). Mais selon eux, la condition sociale des socialisateurs influence également le processus de socialisation. Elle conduit à un *filtrage* dans la réalité transmise. Ainsi, « l'enfant des classes inférieures absorbe-t-il une perspective propre à sa classe sur le monde social, mais selon une coloration idiosyncrasique donnée par ses parents (ou par tout individu qui s'occupe de sa socialisation primaire). En conséquence, l'enfant des classes inférieures finira non seulement par habiter un monde très différent de celui des enfants des classes supérieures, mais aussi par se différencier de son voisin qui appartient pourtant à la même classe que lui » (Berger & Luckmann, 1986, p. 180).

Selon une perspective constructiviste et structuraliste, Bourdieu envisage la transmission comme une reproduction sociale. Selon lui, « *chaque famille transmet aux enfants par des voies indirectes plutôt que directes, un certain capital culturel et un certain ethos, système de valeurs implicites et profondément intériorisées, qui contribue à définir entre autres choses les attitudes à l'égard du capital culturel et à l'égard de l'institution scolaire* » (Bourdieu, 1966, p. 326). Bourdieu place les familles au cœur de la socialisation. Cependant, Durkheim et Bourdieu s'accordaient sur la manière « *d'étudier la transmission entre les générations à travers le prisme de la 'socialisation'* » (Chanez, 2007, p. 19). Cette théorie de la

socialisation prend appui sur les concepts d'*habitus*¹ et d'*ethos*² définies par Bourdieu. La transmission des attitudes et manières d'être sont ainsi dépendantes de l'appartenance sociale des parents de l'enfant et de l'enfant lui-même.

Bien plus récemment, Lahire (2013) définit la socialisation de la façon suivante : « *si l'on part des individus, on peut dire que la socialisation est le processus par lequel un être biologique est transformé, sous l'effet des multiples interactions qu'il entretient dès sa naissance avec d'autres individus et avec tout un monde matériel issu de l'histoire, en un être social adapté à un univers sociohistorique déterminé* » (Lahire, 2013, p. 116). La socialisation est bien un phénomène complexe mais toujours produit par des interactions sur lesquelles de multiples déterminants agissent. Ces interactions éducatives peuvent être verbales ou non verbales. Selon Lahire, les familles ont un rôle prépondérant à jouer pendant l'enfance. D'après lui, « *le fait que la socialisation familiale soit à la fois précoce, intense, durable et, pendant un temps plus ou moins long, sans concurrence, explique le poids de l'origine sociale dans un très grand nombre de comportements ou de préférences étudiées* » (Lahire, 2013, p. 124).

Attias-Donfut souligne quant à elle que « *la transmission et les influences entre générations forment en quelque sorte un des phénomènes de base par lesquels la société se reproduit, se transforme et se perpétue* » (Attias-Donfut, 1995, p. 41). Dès lors, la famille est au cœur des transmissions intergénérationnelles et en est le rouage essentiel puisqu'elle favorise les interactions permanentes entre les générations, leur façonnement mutuel, les transformations descendantes et ascendantes et les confrontations constantes (Attias-Donfut, 1995). Ainsi, la transmission intergénérationnelle doit, être conçue comme un « *processus interactif et dynamique dans lequel un acteur 'socialisateur' ou une actrice 'socialisatrice' transmet des modèles favorisant l'engagement à une autre personne qui s'y identifie et les intègre, d'une manière totale ou partielle, et qui les mobilise dans ses actions et*

¹ « *Nécessité incorporée, convertie en disposition génératrice de pratiques sensées et de perceptions capables de donner sens aux pratiques ainsi engendrées, l'habitus en tant que disposition générale et transposable, réalise une application systématique et universelle étendue au-delà des limites de ce qui a été directement acquis, de la nécessité inhérente aux conditions d'apprentissage* » (Bourdieu, 1979, p.190).

² « *Le système de valeurs implicites que les gens ont intériorisées depuis l'enfance et à partir duquel ils engendrent des réponses à des problèmes extrêmement différents* » (Bourdieu, 1984, p. 228)

interactions subséquentes. » (Quéniart et al., 2008, p. 6). Lebatard affirme également que la famille d'aujourd'hui transmet « *ce qui est pour soi devenu essentiel et non négociable tels des valeurs, des comportements sociaux, la foi, les engagements politiques* » (Lebatard, 1999, p. 41).

Dès lors, que pouvons-nous transmettre ? Comment étudier les transmissions familiales ? La transmission est-elle uniquement unilatérale, du parent à l'enfant (comme l'analyse Durkheim) ou existe-t-il également une transmission familiale ascendante, des enfants vers les parents ? Le processus actuel d'autonomisation des jeunes et la proximité des générations crée en effet un espace de confrontation d'idées et ainsi des « *aires d'influence réciproques* » (Chanez, 2007).

« *L'étude de la transmission intergénérationnelle dans un cadre familial ne peut finalement s'affranchir d'une analyse du contexte économique, social, juridique, culturel dans lequel ce lien se vit* » (Séraphin, 2011, p. 4). On le voit, de multiples facteurs sont à prendre en compte dans l'analyse de la transmission familiale.

Des transmissions inconscientes

L'éducation familiale peut se transmettre de manière consciente, les aînés souhaitant inculquer certaines de leurs valeurs ou bien transmettre un savoir-faire mais la plupart des transmissions se font de manière inconsciente et invisible en fonction de prédispositions et d'habitus. Ainsi en est-il du capital culturel qui, selon, Bourdieu se transmet essentiellement par incorporation : « *les enfants acquièrent des manières de percevoir le monde, de l'apprécier et de se comporter qu'ils intériorisent et qu'ils incorporent* ». Ainsi, l'enfant reproduira, par exemple, le même langage ou les mêmes gestes que ses parents. C'est dans ce sens que Bourdieu dira en 1999, « *nous apprenons par corps. L'ordre social s'inscrit dans les corps* » (p.168). Finalement, comme le souligne Chanez (2007, p. 78), « *l'acteur-transmetteur ne pense pas 'Je transmets ceci en vue de cela', c'est l'acteur-récepteur qui choisit entre les multiples transmissions de l'acteur-transmetteur et affirme par la suite 'Il m'a transmis ceci'* ». Ces transmissions inconscientes peuvent être qualifiées d'imprégnation. Ainsi, les transmissions familiales peuvent recourir à deux mécanismes (Octobre & Jauneau, 2008) : d'une part l'éducation volontaire, plus largement nommée 'inculcation', et qui passe par des normes ; de l'autre, l'imprégnation, par exposition de l'enfant aux exemples parentaux.

Ces transmissions « inconscientes » au sein des familles sont néanmoins difficiles à objectiver et à analyser, notamment en ce qui concerne le rapport au corps et à l'alimentation. En effet, « *on ne transmet pas aux générations suivantes que des choses désirées, mais un ensemble d'éléments disparates que les descendants doivent apprendre à identifier et à trier* » (Monneuse, 2010). Les transmissions sont également influencées par le parcours personnel et la trajectoire sociale des acteurs (parents et enfants) qui se construisent et prennent sens dans un contexte historique et sociétal qui les marquent. Ainsi, les modalités de transmission ne sont pas fixes, elles vont évoluer au cours des générations. En effet, « *l'acte de transmettre reste, les modalités de transmissions changent* » (Jacques-Jouvenot & Vieille Marchiset, 2012, p. 198), notamment dans un contexte actuel de société évolutive sur le plan technologique (réseaux sociaux, médias, communautés virtuelles...). Ainsi, les transmissions deviennent multiples et combinées, ascendantes, descendantes et horizontales, avec un partage et un *échange d'expériences*.

Par ailleurs, tous les enfants ne « réceptionnent » et ne s'approprient pas de la même manière les valeurs et comportements transmis.

1.2 De la transmission à la réception

D'après la sociologie de la réception artistique, « lecteurs ou spectateurs figurent toujours en tiers entre le sens dont l'artiste a voulu doter une œuvre et le sens qu'elle prend dans l'interprétation de ceux qui la reçoivent » (Passeron & Pedler, 2009, p. 12). Appliqué à notre objet, ce postulat signifie que chaque personne entendant ou lisant le message d'une campagne de prévention de l'obésité ou de surpoids est susceptible de s'approprier le texte ou le spot publicitaire à sa manière. La sociologie de la réception est intéressante car elle étudie les formes multiples d'appropriation des biens culturels et aux manières plurielles de s'approprier les mêmes textes, les mêmes tableaux, les mêmes spectacles (Lahire, 2009, p. 7). Ainsi, même si un grand nombre de personnes est capable de dire qu'il est recommandé de ne pas manger « trop gras », « trop sucré » et de « faire du sport », chacun peut interpréter cette phrase à sa manière. Pour autant, l'appropriation du message dépendra également des conditions sociales d'existence des personnes, de leur histoire et des instances qui l'entourent. En effet tous les individus sont « socialement et culturellement produits par les

socialisations familiales, scolaires ou celles qu'impliquent la fréquentation précoce et durable d'institutions culturelles spécifiques » (Lahire, 2009, p. 11). Les comportements des récepteurs sont dépendants de leurs pratiques culturelles (Lahire, 2009), qui leur auront été transmises ou non par leur famille ou par d'autres instances (école, pairs, famille élargie, médias). Transmission et réception sont donc inévitablement liées et doivent être étudiées ensemble.

D'après Lahire, l'étude de la réception sert à prendre du recul entre les effets souhaités lors de la transmission et les effets réellement produits sur le récepteur. Au lieu de surévaluer les capacités des dominants à acculturer les populations les plus dominées, on se rend attentif « aux résistances bruyantes ou silencieuses » (Lahire, 2009, p. 9). Ainsi, la question n'est donc pas seulement d'analyser comment sont transmis les styles de vie actifs ou non aux enfants en surpoids ou obèses, mais aussi de savoir de quelle manière ces derniers les réceptionnent, se les approprient. Il en va de même pour les recommandations faites par les politiques de santé publique ou par les associations de lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles qui sont perçues différemment selon les classes sociales comme le soulignait Hoggart. Selon lui, « *les membres des classes populaires sont beaucoup moins influencés par leurs consommations culturelles qu'ils ne pourraient l'être ou que certains le disent* » (Hoggart, 1970, p. 381). Qu'en est-il alors des enfants en surpoids ou obèses, accompagnés par un ou plusieurs membres de sa famille, qui participent à un programme de lutte contre l'obésité ? Avec le temps, certains comportements sont incorporés par les membres des classes populaires mais d'autres ne sont pas adoptés notamment en raison des « exigences de la vie domestique » (Hoggart, 1970). Par exemple, le bricolage continue d'être assuré par les pères pour des raisons économiques mais également sociales et culturelles. Ici, la « culture d'origine » permet aux membres de classes populaires de résister face aux nouvelles injonctions culturelles et à la modernité. Selon Hoggart, les influences culturelles n'ont qu'une action fort lente sur la transformation des attitudes et sont souvent neutralisées par des forces plus anciennes (Hoggart, 1970, p. 379). On le voit, tout le monde n'est pas égal face aux réceptions car le récepteur est influencé par sa condition sociale et culturelle et par sa socialisation familiale et sociale. Après avoir eu accès aux outils, tout le monde n'a pas les mêmes moyens de se les approprier, de les percevoir. Ainsi en est-il de l'accès à l'activité physique et sportive. Les sociologues du sport ont montré que son accès est socialement

inégal (Pociello, 1999 ; Defrance, 2011). Mais, une fois entré dans l'activité physique, la manière de se tenir, de se comporter, la tenue vestimentaire choisie, etc. révèlent également des modalités d'appropriations différentes en fonction du groupe social d'appartenance, du genre, de l'origine culturelle, de son handicap, de son apparence corporelle... Ainsi, lors d'un cours d'Éducation Physique et Sportive (EPS), un élève en surpoids ou obèse n'aura pas les mêmes expériences corporelles que les autres élèves. Mais cela ne signifie pas qu'il n'en aura aucune, bien au contraire. Il aura ainsi sa propre manière de s'approprier l'expérience corporelle proposée par l'activité physique dans un cadre normatif proposé en EPS (Lefèvre, 2019).

Le lieu de réception peut également influencer la réception. Par exemple, il a déjà été montré que la disposition d'un musée agit sur la réception (Lahire, 2009). L'environnement de vie – notamment l'aménagement de l'espace urbain – peut ainsi avoir un impact sur la réception d'un programme de lutte contre l'obésité. D'après Semmoud (2008), les professionnels aménagent un espace pour les usagers mais, une fois construite, celui-ci n'est pas toujours utilisée par les habitants comme prévu initialement. En effet, ces derniers vont s'approprier l'espace en faire un usage afin qu'il corresponde à leur propre organisation sociale. L'un des quartiers populaires de Strasbourg étudié est actuellement en plein réaménagement urbain. Tout un plan a été établi avec de nombreux objectifs qui permettraient l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des habitants du quartier. Dans le domaine de l'activité physique, des pistes cyclables ont par exemple été aménagées pour inciter la population à se déplacer à vélo et à « bouger » davantage. Néanmoins, d'après les premiers retours d'enquête, les habitants ne semblent pas s'être approprié ces nouvelles pistes, ou du moins pas au sens prévu initialement par les acteurs institutionnels et professionnels.

Finalement, il est important d'analyser le contexte social, culturel, et historique aussi bien du transmetteur que du récepteur afin de mieux saisir quelle expérience, quelle utilité est faite avec les comportements transmis (consciemment ou inconsciemment). Ainsi, les politiques de santé publiques sur l'activité physique, l'alimentation et la santé sont

nombreuses mais comment sont-elles transmises et réceptionnées dans les quartiers populaires ?

2. Le surpoids et l'obésité infantiles au prisme des classes populaires

De nombreuses études ont montré l'impact des inégalités sociales de santé sur les personnes les plus vulnérables, notamment en termes d'accès aux soins (Fassin et al., 2000 ; Lombrail & Pascal, 2005). Ainsi en est-il des enfants et adolescents résidant avec leur famille dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Ces espaces urbains concentrent des difficultés sociales et économiques mais sont également stigmatisés et qualifiés. Ainsi, plusieurs termes sont utilisés pour parler des QPV : quartiers populaires, quartiers défavorisés, quartiers sensibles... (Gasparini & Vieille Marchiset, 2008 ; Gasparini, 2015). Dans un premier temps, l'objectif sera de nommer ces quartiers pour ensuite constater que la prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles y est plus marquée. Au-delà du seul fait médical abordé de la même manière, quelles que soient les conditions d'existence, il est important de saisir cette prévalence au sein d'une approche relationnelle, en croisant les espaces et les rapports sociaux : rapports au corps, à l'alimentation et à l'activité physique des classes populaires mais également rapports aux transmissions familiales.

2.1 Le lieu de vie : quel effet sur la pratique physique ?

Dans cette thèse le choix a été fait de se concentrer sur trois quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), ciblés en fonction des normes administratives d'État¹. Il s'agit ainsi de « *quartiers situés en territoire urbain et caractérisés par un nombre minimal d'habitants² et un écart de développement économique et social apprécié par un critère de revenu des habitants* »³. Ces quartiers sont essentiellement délimités à partir du critère socioéconomique du revenu des habitants. Cependant, pour définir un quartier, il faut à la fois une appropriation collective visible dans la ville et une signification collective donnée à cet espace (Humain-Lamoure, 2007). En effet, d'après les habitants, les quartiers populaires sont

¹ Décret n° 2014-1750 (métropole) et n° 2014-1751 (départements d'outre-mer, Saint-Martin et la Polynésie française) du 30 décembre 2014.

² Ce nombre a été fixé à 1 000 habitants minimum. L'information est obtenue par les données de l'INSEE.

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030007934&categorieLien=id>

tous uniques (avec leur propre personnalité), reconnaissables et délimités. Dès le plus jeune âge, ils connaissent tous les recoins et fonctions de chaque partie, de chaque rue du quartier (Hoggart, 1970). Chaque quartier populaire diffère en fonction de son histoire sociale et urbaine (Gasparini, 2015).

Lors de ces dernières décennies, les politiques sociales urbaines, en France comme dans d'autres contextes nationaux, réactivent l'espace du quartier comme cadre d'action, échelle de l'intervention politique construite sur la mise en valeur de la proximité (Bacqué et al., 2005). L'État tente d'utiliser le sport afin de diffuser des valeurs positives de bonne conduite, pour lutter contre le chômage et la violence urbaine. Tous les acteurs politiques s'unissent pour mener des actions de prévention par le sport dans les quartiers populaires (Gasparini & Vieille Marchiset, 2015). À partir des années 1980, « *la promotion d'une politique d'intégration par le sport* » se focalise sur les « *garçons des cités* » et il faudra attendre les années 2000 pour voir apparaître des actions ciblées sur les « *filles des cités* » dans le but de les émanciper et de les protéger (Guérandel, 2017). Ces dernières années les politiques de prévention de la santé par le sport dans les quartiers populaires se multiplient. En septembre 2014, la ville de Strasbourg a mis en place le dispositif de Prise en Charge des enfants en surpoids et obèses de Strasbourg (PRECCOSS) dans trois quartiers prioritaires de la politique de la ville avant de l'étendre à l'ensemble des quartiers de la ville en 2016.

Néanmoins, les habitants des quartiers populaires peuvent faire preuves d'adaptation et/ou de résistance face aux sollicitations venant de l'extérieur du quartier (Hoggart, 1970). En effet, les politiques de développement social par le sport menées dans les quartiers populaires provoquent un sentiment de responsabilisation et de culpabilisation pour les habitants du quartier (Gasparini & Vieille Marchiset, 2015). La « devise » véhiculée par les politiques publiques serait la suivante : « *dans le sport comme dans la vie, chacun a sa chance, il faut savoir la saisir* » (Gasparini & Vieille Marchiset, 2015). D'autres part, il a déjà été montré que le quartier peut avoir des effets sur les modalités de pratique sportive ou sur les usages sportifs de la ville ou même sur les manières de penser le sport (Gasparini, 2015). Ces effets sur les représentations et les pratiques sportives ont d'autant plus d'impact lorsque les quartiers ont été habités au cours de l'enfance ou de l'adolescence. Ces quartiers « *constituent également des cadres socialisateurs dans lesquels les individus acquièrent des*

manières de voir, d'être et d'agir qui structurent leurs visions du monde et leurs pratiques » (Gasparini, 2015, p. 127).

Mise à part des représentations et des pratiques sportives qui varient en fonction du lieu d'habitation, les taux de surpoids et d'obésité infantiles diffèrent d'un quartier à un autre, avec une prévalence dans les quartiers populaires.

2.2 L'obésité infantile dans les milieux populaires : une inégalité sociale de santé

« L'inégalité sociale existe donc à partir du moment où la différence entre groupes sociaux renvoie à une hiérarchie sociale, quel que soit le critère choisi, et que le principe de justice est en cause » (Aïach, 2000, p. 85).

Les enfants et les adolescents issus des quartiers défavorisés présentent plus de risque de s'écarter de la « norme » corporelle établie par les médecins et épidémiologistes français que les jeunes d'autres quartiers. De ce fait, le surpoids ou l'obésité infantiles sont des facteurs d'inégalités sociales de santé.

En effet, dès la petite enfance, des inégalités sociales de santé apparaissent (Tursz, 2000). Même s'ils ont accès à certains soins, les enfants ne sont pas tous égaux face à leurs usages (Lahire, 2019). Dès lors, comment déterminer la classe sociale d'un enfant ? Est-elle différente de celle des parents ? Pour la définir, plusieurs indicateurs sont généralement utilisés séparément ou en association : les revenus de la famille, l'existence d'une activité professionnelle du père et de la mère, le niveau éducatif des parents et principalement de la mère, la composition de la famille, l'origine migrante (Tursz, 2000). Plusieurs facteurs contribueraient ainsi à la persistance des inégalités sociales de santé de l'enfance à l'adolescence (Choquet & Lagadic, 2000). D'après Michaud et al. (1997), le premier facteur serait « *l'hygiène de vie* » avec une absence d'activité physique et une « mauvaise » alimentation. L'activité physique et l'alimentation sont en effet les deux déterminants principaux du surpoids et de l'obésité infantile d'après les études d'épidémiologie et feront perdurer l'inégalité sociale de santé dans la transition vers l'adolescence. Le deuxième facteur est « *les soins du corps* », puisque « *les jeunes des milieux défavorisés attachent, comme le*

font leurs parents, moins d'importance à leur image corporelle » (Choquet & Lagadic, 2000, p. 219). Au-delà d'un rapport au corps partagé par tous les adolescents issus de milieu défavorisé, il existe des différences également selon les cultures d'origine et les parcours migratoires des familles¹. Le troisième facteur est « *la prise en charge médicale* » puisque, par exemple, de nombreuses études montrent que les enfants d'ouvriers sont moins consultants que les autres (Fassin et al., 2000). Accompagnés de leurs parents, ces enfants vont généralement chez le médecin uniquement s'ils sont malades et non pour faire de la prévention (Choquet et al., 1998 ; Choquet & Lagadic, 2000). Ainsi, ces trois facteurs (hygiène de vie, soins du corps et prise en charge médicale) peuvent renforcer les inégalités sociales de santé des enfants et les faire perdurer à l'adolescence. Ces derniers contribuent également à prévaloir une inégalité sociale de santé face au surpoids et à l'obésité.

Par ailleurs, la santé des enfants est davantage évaluée par les parents – et notamment les mères – en fonction d'un concept de santé global, c'est-à-dire par rapport à un état de bien-être de l'enfant plutôt que par rapport à des critères précis comme la taille, le poids... Ainsi, les mères définissent la santé de leur enfant en parlant de « *“pleine forme”, “d'activité en classe” et de “bons résultats scolaires”* » (Cresson, 1995). Il existe également des inégalités sociales de santé au niveau de l'accès aux soins. Malgré la mise en place de services préventifs gratuits pour les enfants, comme des centres de vaccination, peu de jeunes les utilisent puisqu' « *environ 10% seulement des enfants français de moins de six ans sont suivis régulièrement dans les consultations de Protection Maternelle Infantile (PMI)²* » (Tursz, 2000, p. 200). Ceci pourrait s'expliquer par l'image négative qu'a la population de la PMI (Cresson, 1995). La PMI est un domaine fortement investi par les politiques de santé publique avec également une approche très médicale (Thiaudière, 2005) ce qui pourrait provoquer l'éloignement des familles les plus défavorisées dont les modèles culturels et sociaux sont

¹ Ce point sera approfondi dans la partie 3.2.

² « *Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Il joue également un rôle essentiel en matière d'accueil des jeunes enfants : instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation ; surveillance et contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans* » (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>).

parfois en décalage avec ceux véhiculés par le corps politique et médical. En effet, entre les discours et les pratiques des familles défavorisées et ceux des acteurs politiques, médicaux et sociaux, il y a souvent une forte contradiction (Thin, 1997). Finalement, « *les problèmes de santé somatique, de maturation et de corpulence sont plus souvent le fait des milieux défavorisés. Ainsi, les enfants d'ouvriers sont de plus petite taille, ont plus de problèmes de surpoids et de santé (problèmes dentaires, troubles du sommeil, accidents de la route) que les autres* » (Choquet & Lagadic, 2000).

Chez les adultes, il existe également des variations socioculturelles relatives au surpoids et à l'obésité. En effet, d'après l'enquête ObÉpi de 2012, « *il existe une relation inversement proportionnelle entre niveau de revenus du foyer et prévalence de l'obésité* ». Le taux d'obésité est de 25,6 % pour les foyers ayant un revenu inférieur à 900 euros par mois. Tandis qu'il est de 16,1 % pour les foyers possédant un revenu compris entre 2 301 et 2 700 euros par mois (Poulain, 2009). Il existe aussi une relation inversement proportionnelle entre le niveau d'instruction et la prévalence de l'obésité. Ainsi, les personnes les plus instruites ont une plus faible prévalence de l'obésité que les personnes ayant arrêté leurs études après le baccalauréat (Enquête ObÉpi, 2012). Ces variations socioculturelles s'observent également dans la prévalence de l'obésité infantile.

Le premier chapitre avait permis de constater l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile aussi bien à l'échelle mondiale, européenne, que nationale. Les données relatives à l'épidémiologie de l'obésité infantile permettent d'en saisir certaines caractéristiques. Selon les auteurs du rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2002, p. 66), « *l'augmentation générale de l'obésité infantile, prédictive de l'obésité adulte, est significativement plus importante parmi les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP¹) (17,3 % contre 13,3 % hors ZEP)* ». Les adolescents, âgés de 12 à 15 ans, dont les parents sont ouvriers ont une corpulence supérieure à celle des adolescents dont les parents sont cadres (Choquet & Lagadic, 2000). Ainsi, les enfants « défavorisés » sont davantage touchés par la prévalence de l'obésité (Rotily et al. 1994 ; Choquet & Lagadic, 2000 ; Poulain, 2009). Plus précisément, le surpoids est significativement plus fréquent lorsque : un

¹ Ancienne appellation des actuels quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

seul parent travaille à temps partiel (21,2% vs 15,6%) ; le budget alimentaire familiale pose problème (20,1% vs 15,6%) ; l'adolescent n'est pas parti en vacances l'été précédent (19,9% vs 14,3%) » (Feur et al., 2003). Une tendance toujours d'actualité relevée dans le dernier rapport de l'ONAPS : « *selon les enquêtes auprès d'enfants scolarisés, les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité suivent un gradient social* » (Praznoczy et al., 2017, p. 80).

Située en région Grand-Est, Strasbourg est une des villes françaises les plus touchées par le surpoids et l'obésité, avec un taux dans certains quartiers, nettement supérieur à la moyenne nationale. Ces résultats s'expliquent par le niveau socio-économique de ces différents quartiers mais également par d'autres facteurs (comme le rapport à la nourriture). En effet, les pourcentages les plus élevés se retrouvent dans les quartiers ciblés comme étant des quartiers prioritaires de la politique de la ville (Cf. Figure 7). En 2007, une étude sur les inégalités sociales des enfants face au surpoids en Alsace avait pour objectif de vérifier le lien entre surpoids des enfants et situation socio-économique des parents à partir des données des visites médicales scolaires en école élémentaire de 2001-2002. Il en ressort que le taux de surpoids est plus élevé chez les enfants d'ouvriers et chez les enfants scolarisés en Zone d'Éducation Prioritaire (ZEP) (Fernandez et al., 2007). En effet, les évolutions de la corpulence sont moins favorables pour les enfants scolarisés dans les quartiers prioritaires que pour ceux scolarisés dans les quartiers non prioritaires (Praznoczy et al., 2017, p. 81). Le même constat a été fait par l'ARS Grand-Est lors d'une étude sur la santé des enfants scolarisés en classe de sixième, relevant des inégalités sociales de santé des élèves entre enfants de familles ouvrières et enfants de familles de cadres (Imbert, 2017).



Figure 7 : Taux de surpoids et d’obésité des élèves de sixième sur le territoire alsacien entre 2014 et 2016 (Imbert, 2017).

Ces quelques données nous montrent que les enfants et les adolescents des quartiers prioritaires de la politique de la ville sont les plus touchés par les inégalités sociales de santé, et plus particulièrement par le surpoids et l’obésité. Comment perçoivent-ils et se représentent-ils alors leur corps obèse ou en surpoids ? Quel est le rapport à l’alimentation, à l’activité physique des enfants et adolescents de ces quartiers populaires ?

2.3 Corps et usages du corps : le rapport à l'alimentation et à l'activité physique des classes populaires

Dans notre société, le corps « légitime » mis en avant par les classes sociales dominantes ainsi que par les politiques de santé publique est celui de la minceur, tandis que le corps « illégitime » est représenté par le corps en surpoids, le corps obèse (Peretti-Watel & Moatti, 2009 ; Martín-Criado, 2015). Pourtant, « *dans nos sociétés, aucune représentation du corps ne fait finalement l'unanimité, même le modèle anatomophysiologique* » (Le Breton, 2016, p. 33). Les travaux de Boltanski ont mis en évidence une prise en compte différenciée du corps de l'enfant en fonction des familles et de leur position sociale (Boltanski, 1971). « *Tout se passe, [...], comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une 'sélection' ou d'une 'attribution' différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent* » (Boltanski, 1971, p. 209). Le corps est un langage dans lequel s'inscrit notre identité sociale, modulable en fonction des ressources économiques et de la culture de chacun (Bourdieu, 1977). Pour Bourdieu,

« le corps dans ce qu'il a de plus naturel en apparence, c'est-à-dire dans les dimensions de sa conformation visible (volume, taille, poids, etc.), est un produit social, la distribution inégale entre les classes des propriétés corporelles s'accomplissant à travers différentes médiations telles que les conditions de travail [...] et les habitudes en matière de consommation qui, en tant que dimensions du goût, donc de l'habitus, peuvent se perpétuer au-delà de leurs conditions sociales de production » (1977, p. 51).

Les représentations du corps sont en lien avec la classe sociale. Dès lors, les représentations du corps, et notamment de la surcharge pondérale de l'enfant, varient en fonction de la classe sociale. La société va avoir un impact non négligeable sur notre corps puisque « *le corps est façonné par la société et pour la société, les deux niveaux interférant souvent* » (Détrez, 2002, p. 221-222). Selon Détrez, il existe « *un mouvement dialectique* » entre corps et société. C'est-à-dire que le corps est d'abord « *une donnée mesurable et quantifiable* » et se retrouve donc « *soumis au poids des facteurs structurels de la société qui le voit naître : selon son pays, selon son groupe social, l'être humain n'est pas égal devant la maladie, devant la mort, ni devant la toise ou la balance* ». Mais ce n'est pas tout, il y a aussi « *les usages sociaux du corps* », autrement dit comment ce dernier va être utilisé et représenté « *selon certaines valeurs, divergentes selon les sociétés ou en fonction des groupes*

sociaux ». Détrez met en avant le fait que « *ce façonnement corporel est tellement incorporé, [...] qu'il est ressenti comme naturel, 'une seconde nature', puisqu'il est en fait la naturalisation de différences culturelles ou d'accès différents à la culture* ». Suite à ces constats, comment dans les quartiers défavorisés les enfants et leurs parents se représentent ce corps en surpoids ou obèse ?

Certains auteurs ont interrogé les représentations du corps du point de vue des enfants (Lahire, 2019). Pour les enfants, le corps en bonne santé est « *un corps apte à combattre les maladies* ». Pour les garçons, « *la force et l'embonpoint semblent être un rempart pour préserver sa santé* ». Toutefois, la majorité des enfants rallient l'obésité à la 'mauvaise santé'.

Du point de vue des parents, certains d'entre eux ne reconnaissent pas le surpoids ou l'obésité de leur enfant, même avec un soutien (Carnell et al., 2005). Dans ce cas, les parents seraient alors moins susceptibles d'inciter leur enfant à retrouver un poids qui entrerait dans les normes. Afin d'arriver à ces affirmations, les auteurs ont demandé aux parents ce qu'ils pensaient du poids de leur enfant et s'ils se sentaient concernés par sa surveillance. Sur 145 enfants britanniques classés en catégorie de surpoids ou obésité, seulement six parents ont dit considérer leur enfant en surpoids. Les deux tiers des parents avec un enfant en surpoids et les trois quarts de ceux avec des enfants obèses, comparé aux 40 % des parents qui ont un enfant sans problème de poids, disent s'être inquiétés sur le poids futur de leur enfant et la possibilité d'obésité. Ainsi, les parents d'enfants en surpoids ou obèses n'ont pas forcément conscience du problème ou bien ils l'ocultent. Il est donc possible qu'ils ne se sentent pas concernés par les programmes de prise en charge. Dans cette étude, il n'est pas possible d'établir de différence en fonction du statut socio-économique des familles. De plus, l'étude ayant été réalisée en Grande-Bretagne, il serait intéressant d'avoir une étude comparative en France. D'autres auteurs ont relevé une limite lors de l'étude d'un programme d'éducation thérapeutique centré sur les familles en surpoids (Tanas et al., 2011). En effet, d'après leur résultat ce programme ne fonctionnerait pas toujours puisque les familles ne se rendent pas compte du problème surtout lorsque l'enfant est en âge scolaire.

Ainsi, un médecin prescripteur du dispositif PRECCOSS, dans le quartier du Neuhof explique ne plus systématiquement orienter les familles vers le dispositif en cas de surpoids ou d'obésité chez l'enfant. Le médecin cherche d'abord à savoir si le poids de l'enfant est un

problème pour lui et ses parents. S'il s'avère que ce n'est pas un problème, alors le médecin n'établit pas d'ordonnance vers le dispositif PRECCOSS car cela serait inutile si les familles n'ont pas conscience du surpoids de l'enfant ou si elles ne le considèrent pas comme un problème. D'après elle, les familles ont bien d'autres problèmes à régler et ce n'est pas la peine de leur rajouter un problème qu'elles ne voient pas comme tel.

Martín-Criado (2015) aborde quant à lui la question du contrôle du poids chez les mères de famille des classes populaires. Il en ressort que les modèles corporels dominants, c'est-à-dire des corps minces et actifs, sont opposés à « *des schèmes symboliques très répandus dans les classes populaires, bien que d'intensité variable selon les différents groupes et générations* » (Martín-Criado, 2015, p. 75). Dans son enquête, 41 entretiens ont été réalisés auprès de mères des classes populaires ayant des enfants d'âge scolaire. Pour ces mères, « *une seule raison justifie l'amaigrissement : la santé* », donc si les mères ne considèrent pas l'obésité comme un problème de santé elles ne vont pas chercher à changer leurs pratiques pour réguler le poids de leur enfant. La plupart de ces mères « *se retrouvent en tension entre deux modèles opposés de soin de soi légitime* ». D'une part, il y a les mères « *sacrifiées* » où là « *le temps légitime consacré au soin de soi se limitera à ce qui est nécessaire au maintien de sa force de travail* ». C'est-à-dire qu'elle ne va pas prendre le temps de s'occuper de son corps, de sa santé mais elle va s'occuper d'abord du corps et de la santé de son enfant. Pour cette mère-là, « *renoncer aux aliments les plus agréables en vue d'une hypothétique santé future est considéré comme un excès de contrôle absurde* ». En effet, la mère prépare ce que ses enfants et son mari aiment, peu importe les calories, ce qui compte c'est le goût et le bonheur des siens. Cependant, d'un autre côté, un nouveau modèle légitime apparaît « *à mesure que les relations de genre se redéfinissent en des termes moins inégalitaires* ». La mère n'est plus uniquement une femme au foyer, s'occupant seule des tâches domestiques et des enfants. Ici, la mère sera donc vigilante et va se maintenir en bonne santé en suivant les recommandations faites, « *toute déviation est un pas vers la maladie, il faut soumettre son alimentation quotidienne aux prescriptions nutritionnelles* ». Il y a donc bien une tension entre ces deux modèles. Il peut y avoir une contradiction entre, d'un côté, le modèle corporel dominant véhiculé par les politiques de santé publique et les classes sociales supérieures et, de l'autre, la culture corporelle de ces familles. Certaines mères tentent d'appliquer les recommandations faites concernant l'alimentation et l'activité physique mais il est, par

exemple, difficile pour elles de dire non à leur enfant qui réclame à manger. La mère finie par céder et culpabilise de ne pas avoir suivi les recommandations (Grassler et al., 2019b).

Cette contradiction se retrouve également dans les deux principaux déterminants du surpoids et de l'obésité infantile : l'alimentation et l'activité physique. Là aussi les représentations sociales d'une « bonne » alimentation et les styles alimentaires varient en fonction de la classe sociale (Grignon & Grignon, 1980 ; Régnier, 2011). Ainsi, nous pouvons observer des différences de consommation alimentaire entre les classes dominantes et les classes dominées. La manière de bien nourrir son enfant n'est pas perçue de la même façon selon la classe sociale des parents. Par exemple, les mères de classe populaire vont favoriser l'abondance et permettre une plus grande liberté à l'enfant dans le choix de son alimentation. Tandis que les mères des classes plus aisées vont davantage se raccrocher aux normes alimentaires (Régnier & Masullo, 2009). Les pratiques alimentaires et les représentations sociales de l'alimentation ne sont pas les mêmes en fonction du degré de précarité de la personne (Caillavet et al., 2005 ; Poulain & Tibère, 2008 ; Régnier, 2011). Une fois encore, « *les pratiques de consommation et la capacité à produire et à intégrer les normes prescriptives en matière d'alimentation et de corpulence sont révélatrices de la force des appartenances sociales* » (Régnier & Masullo, 2009, p. 769).

De la même manière, les représentations et les pratiques d'activités physiques se différencient en fonction de la classe sociale. Dans les QPV, les familles populaires ont tendance à pratiquer moins d'activité physique (Gasparini et Vieille Marchiset, 2015). Le choix des pratiques varie également en fonction de la classe sociale. Les personnes issues des classes populaires seraient davantage à la recherche de pratique sportive alliant force, contact et virilité, contrairement aux personnes issues des classes favorisées valorisant l'esthétisme et l'absence de contact direct (Bourdieu, 1978).

Il est incontestable que le quartier a des effets sur le rapport au corps, les pratiques alimentaires et sportives des classes populaires. En dehors du quartier, quels sont les acteurs qui interviennent dans la transmission de ces représentations et styles de vie ?

3. La famille : principal acteur de transmission mais secondée par d'autres instances

« La famille est un ensemble d'individus apparentés liés entre eux soit par l'alliance (le mariage), soit par la filiation, soit, plus exceptionnellement, par l'adoption (parenté), et vivant sous un même toit (cohabitation) » (Bourdieu, 1993, p. 32).

La définition traditionnelle de la famille est remise en question dès 1993 par Bourdieu. Selon lui, la famille est davantage un mot, une « catégorie réalisée », la catégorie sociale la plus naturelle ou encore une norme universelle et construite par l'État. En réalité, il n'y a pas une structure familiale, mais de multiples structures variant au fil des époques, des sociétés et de l'histoire (Bourdieu, 1993 ; Déchaux, 2009 ; Wieviorka, 2018). Dans les quartiers populaires, nombreuses sont les familles recomposées, monoparentales, élargies, issues de l'immigration ... Cette diversité peut avoir un impact sur la manière de transmettre et de réceptionner les styles de vie aussi bien pour l'enfant que pour ses parents, sa fratrie... La famille occupe un rôle primordial dans la transmission et l'éducation des enfants, néanmoins d'autres instances peuvent venir les renforcer ou les contredire comme l'école ou les pairs.

3.1 L'effet des configurations familiales dans les quartiers populaires

Il existe une grande diversité de structures familiales au sein de l'histoire et des sociétés : celles-ci ne sont pas intangibles mais dynamiques (Déchaux, 2009). La famille ne disparaît pas mais elle se modifie en fonction des lieux, des périodes, des sociétés et de l'histoire (Wieviorka, 2018). Aujourd'hui, on parle de familles dites « traditionnelles » - les couples avec enfants (non mariés, concubins, hétérosexuels) – et de familles dites « nouvelles », c'est-à-dire des familles recomposées, monoparentales, homosexuelles... (Déchaux, 2009 ; de Singly, 2018). En fonction de la configuration de la famille – et au-delà des normes culturelles du milieu social – l'éducation de l'enfant sera différente. En effet, « *chaque type familial forme un système relativement cohérent et exige un type d'enfant particulier* » (Déchaux, 2009, p. 55).

Pour Bourdieu,

« la famille est bien une fiction, un artefact social, une illusion au sens le plus ordinaire du terme, mais une « illusion bien fondée », parce que, étant produite et reproduite avec la garantie de l'État, elle reçoit à chaque moment de l'État les moyens d'exister et de subsister » Bourdieu, 1993, p. 36).

D'après lui, la famille est l'endroit où se transmet et se sauvegarde de génération en génération le capital sous ses différentes formes (économique, social, culturel, symbolique). Mais la famille n'en reste pas moins une « construction réalisée » où les populations et les esprits sont structurés par l'État à partir d'une classification avec des effets économiques et sociaux comme les allocations familiales (Bourdieu, 1993). Cette construction renforce les inégalités sociales entre ceux qui se conforment à cette organisation familiale structurée et ceux qui se rapprochent davantage des nouvelles formes familiales (Déchaud, 2009 ; Bourdieu, 1993).

Dans les milieux populaires, les familles « nouvelles » sont de plus en plus présentes. Parmi les familles monoparentales, ce sont le plus souvent les mères qui ont la charge des enfants même si le rôle du père est de plus en plus pris en compte. Les conditions de vie de ces familles monoparentales (davantage présentes dans le bas de la hiérarchie sociale) restent difficiles (Algava et al., 2005). De même que les familles monoparentales, les familles recomposées sont plus fréquentes dans les milieux populaires, *« en 1999, les ouvrières et les employées étaient deux fois plus nombreuses à avoir reformé une famille que les femmes cadres »* (Déchaux, 2009, P. 20).

Pour comprendre les pratiques familiales, il faut comprendre les rapports de force au sein de la famille (Bourdieu, 1993). Ainsi, dans les milieux populaires, le style autoritaire est privilégié avec une importance donnée aux qualités d'obéissance et de respect, même si le rigorisme disciplinaire a tendance à diminuer dans cette tranche de la population (Le Pape, 2009). Ce style autoritaire est notamment incarné par les pères considérés comme les chefs de famille dans les milieux populaires et qui accordent une importance particulière à renvoyer une image de père « respectable » et respecté au sein de son foyer aux yeux des habitants du quartiers (Le Pape, 2009 ; Lepoutre, 1997). Les parents des classes populaires résistent ainsi

« au modèle négociateur et égalitaires des classes moyennes et supérieures » préférant préparer leurs enfants au monde inégalitaire qui les attend (Le Pape, 2009).

Ainsi, en fonction de la configuration familiale, la transmission des pratiques culturelles et sportives en fonction du sexe de l'enfant varie. Plus les parents appartiennent à un milieu favorisé, plus ils sont favorables au questionnement des normes de genre et plus ils privilégient les activités culturelles. Tandis que dans les milieux populaires, les activités sportives et culturelles des enfants sont dépendantes de leur sexe, les parents privilégiant l'investissement de leurs enfants dans des activités typiques de leur groupe de sexe (par exemple, la boxe pour les garçons, la danse pour les filles) (Mennesson, 2011). Ces choix d'investissement dans les pratiques sportives et/ou culturelles dépendraient bien des pratiques éducatives, de la position sociale des parents mais aussi des configurations familiales (Mennesson, 2011).

Afin d'analyser au mieux les transmissions familiales des pratiques alimentaires et sportives et la manière dont elles sont réceptionnées par l'enfant et son entourage, il est nécessaire d'étudier dans quelle configuration familiale se trouve l'enfant. Au-delà des configurations et de la structure de la famille, l'origine migratoire de cette dernière peut également avoir un impact sur les transmissions familiales.

3.2 Les familles issues de l'immigration

« Immigrer c'est immigrer avec son histoire (l'immigration étant elle-même partie intégrante de cette histoire), avec ses traditions, ses manières de vivre, de sentir, d'agir et de penser, avec sa langue, sa religion ainsi que toutes les autres cultures sociales, politiques, mentales de sa société, structures caractéristiques de la personne et solidairement de la société, les premières n'étant que l'incorporation des secondes, bref avec sa culture » (Sayad, 1999, p. 19).

Il est important de toujours prendre en compte les conditions d'origine des émigrés car à travers chacune de leur histoire « *ce sont deux systèmes solidaires qui sont construits : (...) les variables qu'on peut dire d'origine (...) et les variables d'aboutissement* » (Sayad, 1999 : 64). Les personnes issues de l'immigration peuvent avoir le sentiment de ne pas être vraiment

chez eux ni dans leur pays d'origine, ni dans leur pays d'accueil. De plus, le comportement des émigrés varie fortement en fonction de leur génération (Sayad, 1999). Dans les quartiers populaires vivent de nombreuses familles d'origine immigrée où « *les gens tentent de se soustraire à la mixité ethnoculturelle plus encore qu'à la mixité sociale* » (Lagrange, 2010a, p. 126). Parfois, les comportements traditionnels et culturels du pays d'origine sont amplifiés dans les quartiers populaires, comme par exemple avec la différenciation du rôle de l'homme et de la femme et une montée de l'importance accordée à la religion (Lagrange, 2010a).

Dans les milieux populaires et les milieux issus de l'immigration, les femmes et les filles mettent en place des stratégies afin « *d'inventer de nouvelles manières d'être plutôt que d'effectuer un choix entre les modèles de « l'émancipation » ou de la « soumission »* » (Beaud & Pialoux, 2002 ; Croquette, 2004). La pratique sportive peut alors être une échappatoire pour les filles leur permettant de « s'évader » du cercle familial ou bien cela peut au contraire être un lieu où leur identité familiale va être en contradiction avec celle de leur pratique sportive (Croquette, 2004). Dans les sociétés musulmanes du Maghreb, le sport féminin est sujet à des interrogations, notamment du fait des représentations du corps de la femme habituellement tournées vers la pudeur et l'embonpoint qui se retrouvent en opposition avec les représentations du corps des sportives (libre expression corporelle et sveltesse) (Tlili, 2002). Ainsi la religion liée à la culture du pays d'origine peut avoir un effet sur la transmission d'un style de vie actif au sein d'une famille.

Le concept de style de vie actif

Le concept de style de vie est d'abord abordé par Max Weber¹ et signifie que tout individu au sein d'une société complexe, à la capacité de faire des choix « dans le processus dynamique de sa socialisation » (Weber, 1971 ; Bourdieu, 1979 ; Kraus, 2006 ; Maresca, 2017). Par la suite, Pierre Bourdieu enrichira cette notion en précisant que le style de vie est influencé par l'habitus, c'est-à-dire, par les représentations sociales, les dispositions, les pratiques, les apprentissages acquis inconsciemment au cours de la socialisation et largement dépendants de la classe sociale d'un individu, puisqu'il est socialement construit (Bourdieu, 1980). Ainsi, le style de vie représente un système de pratiques constituées en tant que signes et auquel se réfère l'habitus. C'est une notion dynamique caractérisant la position de l'individu dans l'ordre social. Dans cette recherche, nous considérons que le style de vie est donc lié à l'héritage (au sens de Pierre Bourdieu) de l'individu et à ses opportunités, et permet ainsi de mieux appréhender les pratiques physiques et culturelles de l'enfant et de son entourage familial.

Le style de vie regroupe plusieurs dimensions dont celle de l'activité physique dont le style de vie actif en est un sous-ensemble. Les politiques publiques incitent la population à un « mode de vie actif » et à s'éloigner d'un « mode de vie inactif » en limitant notamment les comportements sédentaires (Radel, 2012). L'emploi de ce terme n'inclue pas l'effet de la classe sociale contrairement au style de vie, c'est pourquoi nous parlerons plutôt de « style de vie actif ».

Dans le cadre de cette recherche, un enfant ou adolescent sera considéré comme ayant un style de vie actif dès lors qu'il se rapproche des recommandations de santé publique en matière d'activité physique. Il sera ainsi nécessaire d'observer les moyens de déplacements actifs (marche, vélo...) et les pratiques d'activités physiques quotidiennes incluant, par exemple, les pratiques sportives en club, auto-organisées ou la montée des escaliers. Plus précisément et d'après les recommandations de l'ANSES, un enfant ou un adolescent âgé de

¹ Max Weber est un sociologue allemand, théoricien de l'action individuelle et sociale uniquement lorsqu'elle se rapporte au comportement d'autrui (Damon, 2006).

6 à 17 ans devrait « *pratiquer au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à élevée* »¹. Il s'agit là du seuil minimum d'activité physique à atteindre afin de qualifier un enfant ou un adolescent physiquement actif². À partir de ces recommandations et des informations recueillies lors des entretiens semi-directifs, nous pourrions analyser si l'enfant tend vers un style de vie actif.

La sédentarité³ est quant à elle « *considérée de manière distincte de l'inactivité physique, avec ses effets propres sur la santé* »⁴. Une personne peut être physiquement active tout en étant considérée comme sédentaire. Ainsi, dans cette recherche, un enfant ou un adolescent sera considérée comme ayant un style de vie non actif lorsqu'il utilise des moyens de déplacements sédentaires (voiture, transports en commun...), a des occupations associées à la sédentarité (télévision, jeux vidéo...) et qu'il est physiquement inactif donc en-deçà des 60 minutes d'activités physiques quotidiennes à intensité modérée ou élevée⁵.

L'objectif sera donc d'étudier si les enfants et adolescents en surpoids ou obèses atteignent les recommandations de santé publique et peuvent être considérés comme ayant un style de vie actif ou non et de quelle manière cela leur est transmis.

¹ Ces recommandations sont rappelées sur le site du ministère de la solidarité et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>.

² Pour les adultes, « *il est recommandé de pratiquer 30 minutes d'activité physique développant l'aptitude cardio-respiratoire d'intensité modérée à élevée, au moins 5 jours par semaine, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer. Les activités physiques à visée cardiorespiratoire et celles à visée musculaire peuvent être intégrées dans une même activité ou au cours de la même journée* » <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>.

³ « *La sédentarité est identifiée par des occupations en position assise ou allongée, mais également symbolisée par le canapé ou la télévision* » (Génolini, J. & Clément, J. (2010). Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sciences sociales et sport*, 1(1), 133-156. <https://doi.org/10.3917/rsss.003.0133>).

⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>.

⁵ « *L'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, c'est-à-dire un niveau inférieur à un seuil d'activité physique recommandé* » : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>.

Il est important de ne pas négliger le parcours migratoire des enfants, et notamment celui de leurs parents ou grands-parents afin de comprendre les transmissions familiales. Finalement, l'origine et le parcours migratoire des parents peuvent avoir un impact sur le choix de la pratique sportive des enfants. Par exemple, dans les milieux populaires, les filles issues de l'immigration nord-africaine vont davantage se tourner vers les pratiques sportives « masculines », pratiques mises en avant dans leur milieu social (Croquette, 2004).

Ainsi, en fonction de l'origine culturelle et du parcours migratoire des parents, les représentations du corps, de l'activité physique des filles et des garçons peuvent varier et par conséquent agir sur les transmissions d'un style de vie actif. Cependant, au-delà de la famille, l'école peut également venir renforcer ou remettre en question les transmissions familiales.

3.3 L'école : une institution remettant en question les transmissions familiales

L'école ou l'insertion dans des réseaux de pairs peuvent venir remettre en question les transmissions familiales, y compris les transmissions culturelles. En effet, la transmission fonctionne selon une logique de tri, et non selon une logique d'assimilation passive. Les modèles parentaux sont ainsi revisités par l'action propre des enfants et complétés par d'autres influences (copains, école...) » (Octobre & Jauneau, 2008).

3.3.1 L'école une institution intermédiaire pour la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses

Pendant l'enfance, l'école peut avoir un impact fort sur la socialisation de l'enfant dans la mesure où l'institution scolaire, en tant qu'institution légitime et désormais obligatoire dès l'âge de trois ans, intervient très tôt, de façon cohérente, et durablement (Lahire, 2019). Les enfants en surpoids ou obèses sont généralement diagnostiqués et pris en charge dans des programmes spécifiques par l'intermédiaire de l'école. Mais pour intégrer ces programmes, l'accord parental est nécessaire.

Depuis quelques années, les médias de masse et les écoles sont utilisés par les pouvoirs publics pour inciter à l'adoption de pratiques saines en espérant transformer les rapports de santé (Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008). L'école apparaît comme un outil incontournable pour mener des actions de prévention et de promotion de la santé. L'institution scolaire a un objectif de lutte contre le surpoids et l'obésité. Depuis la « *Circulaire de 2002 qui fixe le cadre général de la 'politique de santé en faveur des élèves* » (MEN¹, 2002), l'école est au cœur des dispositifs de prise en charge (Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008). L'action de l'école en la matière est renforcée par la circulaire du 12 novembre 2015 sur la « *Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves* », ainsi que par la circulaire n° 2016-008 du 28 Janvier 2016 avec la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. Cette dernière circulaire vise à faire acquérir à chaque élève « *les connaissances, les compétences et la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable en*

¹ Ministère de l'Éducation Nationale.

référence à la mission émancipatrice de l'école ». C'est le cas par exemple du dispositif PRECCOSS qui souhaite, par le biais de l'école, diagnostiquer, prendre en charge, informer et éduquer les enfants en surpoids ou obèses. Cependant, les programmes ne fonctionneraient pas de façon optimale car l'école *se heurte aux systèmes de dispositions acquises au sein de la cellule familiale et, par ailleurs, les enfants sont majoritairement dépistés par leurs médecins traitants et non par la santé scolaire*. Jacolin-Nackaerts et Clément ont évalué l'influence des dispositions scolaires et des configurations familiales dans la réussite ou l'échec scolaire des enfants issus de milieux populaires. D'après eux, les politiques croient à un « *biopouvoir des institutions scolaires en ce qui concerne la lutte contre l'obésité* ». Ces auteurs perçoivent l'école et les programmes de prévention et de promotion diffuse en son sein comme une norme imposée « par le haut », qui freine généralement l'adhésion des personnes issues des quartiers défavorisés. L'école est considérée par certains sociologues comme un lieu privilégié d'une morale et des valeurs de la classe dominante qui s'impose aux classes défavorisées. Les exigences scolaires apparaissent ainsi comme des contraintes pour ces populations « *confrontées aux normes éducatives de l'école et des enseignants, et soumises à des jugements moraux souvent dépréciatifs* » (Thin, 2009, p. 75). Ceci pourrait expliquer en partie le refus d'inscrire leurs enfants dans des programmes de prise en charge proposés par l'école ou à partir de l'école. Mais, comme vu précédemment, d'autres sociologues soulignent que les enfants s'approprient les programmes de prévention selon leur habitus de classe et « *bricolent* » leur adhésion.

Lorsque les parents changent les comportements alimentaires et physiques au sein de la famille sous l'influence des programmes de prévention, il faut attendre plusieurs mois avant de constater une stabilité ou une baisse de poids de l'enfant. Ce délai d'action risque alors de les décourager, car les parents ont besoin de se sentir utiles pour s'impliquer (Deslandes & Bertrand, 2004). Dès lors, tant bien même que l'école réussisse par le biais de l'enfant à faire changer les comportements des parents, il faudra leur montrer les bénéfices. Or, les bénéfices

de ces programmes ne sont pas immédiatement visibles physiquement mais, ils le sont plutôt au niveau psychologique ou dans le « bien-être »¹ et la qualité de vie² de l'enfant.

3.3.2 Le bénéfice attendu des programmes par les parents

Si les parents estiment que les dispositifs de prise en charge de leurs enfants n'apportent pas de réels bénéfices, ils risquent de ne pas engager leur enfant dans cette expérience et eux-mêmes ne prendront pas le temps de s'impliquer dans le programme. De plus, selon Epstein (2001), si les enseignants font ressentir aux parents que leur participation est désirée et nécessaire, ces derniers vont davantage s'impliquer pour l'enfant. Même si c'est l'enfant qui est concerné, les parents auront quand même à charge de gérer les trajets, et de s'investir un minimum. Dans tous les cas, il faudra veiller à ce qu'ils comprennent l'importance de leur rôle. C'est cette compréhension qui permettra aux parents de choisir les activités qu'ils estimeront nécessaires pour l'éducation de leur enfant. Selon Hoover-Dempsey & Sandler (1995 ; 1997), « *les parents sont davantage susceptibles de s'engager dans l'éducation de leur enfant s'ils perçoivent cette participation comme une de leurs responsabilités comme partie intégrante de leur rôle parental* » (Deslandes & Bertrand, 2004, p. 415). Or, pour certains parents, le surpoids n'est pas toujours perçu comme un « problème » de santé et ils portent un regard méfiant par rapport aux programmes de prévention préconisés par l'institution scolaire. L'effet des messages et des stratégies de prévention ne peut donc pas être évalué indépendamment du statut social des récepteurs et de la signification de ces messages dans l'environnement social des individus (Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008 ; Vieille Marchiset, 2019).

¹ Le « bien-être », terme psychologique, renvoie « à la dimension subjective de la qualité de vie. Le bien-être subjectif correspond à l'évaluation cognitive et affective faite par l'enfant de son niveau de satisfaction dans les différents domaines de sa vie, y compris à l'égard des expériences vécues dans le contexte scolaire » (Bacro et al., 2017, p. 62).

² La qualité de vie « est considérée comme un concept multidimensionnel incluant différentes dimensions relatives au bien-être et à la capacité fonctionnelle étudiée selon une perspective à la fois objective et subjective » (Coudronnière et al., 2015, p. 225). Selon l'OMS (1994), « la qualité de la vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement » (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf).

3.3.3 L'enfant, acteur des transmissions scolaires des programmes de prévention ?

L'enfant peut être lui-même acteur des transmissions. Jacolin-Nackaerts et Clément (2008) relèvent que les élèves obèses mettent en place des stratégies de contournement adoptées à l'école et qui s'étendent à la famille. Selon ces auteurs, « *les acteurs de l'institution n'arrivent pas à modifier les effets incorporés de la socialisation familiale* ». S'agissant de l'activité physique, peut-on dès lors attester d'une reproduction familiale des pratiques ? Les stratégies de contournement utilisées par les adolescents pour les séances d'Éducation Physique et Sportive (EPS) ne sont peut-être qu'une préservation des pratiques sportives construites au sein de la cellule familiale. De plus, si les enfants obèses mettent en place ces stratégies d'évitement des activités physiques, la transmission familiale enfant-parent n'a alors pas réellement lieu puisqu'elle va être "modifiée" ou "manipulée". L'acceptation de la transmission par le receveur est nécessaire pour sa mise en œuvre. Ainsi, d'après Marcel Mauss, pour qu'il y ait transmission, il faut que l'autre accepte de recevoir, puis qu'il accepte de transmettre à son tour. L'enfant peut cacher aux parents ce que l'école lui enseigne et reproduire les transmissions familiales malgré l'éducation scolaire. On peut dès lors considérer qu'il s'agit d'un « échec » dans la transmission par rupture de la « chaîne de don ». Dans l'acte de transmettre, la reconnaissance est bien à double sens : du donateur au donataire par la désignation et de l'héritier au transmetteur par l'acceptation du don effectué. Cette double dynamique de reconnaissance « *n'est pas exempte de tensions, de pressions et de persuasions* » (Vieille Marchiset & Tatu-Colasseau, 2012). Ainsi, le don n'est pas une relation lisse sans tension, notamment lorsque le récepteur refuse le don. Les parents restent donc libres de « refuser » la transmission des savoirs, des valeurs que tentent de faire passer les écoles.

Aussi, pour que les parents s'impliquent dans les dispositifs mis en place par l'école, il faut qu'ils prennent conscience de l'utilité de leurs actions, qu'ils aient l'envie de s'investir et qu'ils accordent du temps.

4. L'enfant au cœur des transmissions : un effet de génération en génération ?

Dès le plus jeune âge, des pratiques de santé, actives et alimentaires sont transmises aux enfants. Qu'il s'agisse de la santé, de l'activité physique ou de l'alimentation, les transmissions sont socialement et culturellement marquées. L'enfant va incorporer et s'approprier les comportements de ses parents, de sa fratrie, de son entourage et quand il sera plus âgé il transmettra à son tour le style de vie acquis aux cours de son enfance.

4.1 Transmission des comportements de santé de génération en génération

« la famille ne faisant pas partie du système de santé dans sa définition officielle, les spécialistes des sciences sociales de la médecine ne s'y sont d'abord intéressés que dans la mesure où elle posait problème aux soignants » (Cresson, 2006).

Pour avoir une certaine efficacité pratique et symbolique, l'action de santé publique utilisant l'activité physique ne peut uniquement s'adresser au comportement ou au corps de l'enfant. La famille doit y être associée. D'après Cresson (2006), *« la plus grande partie de ce que font les parents pour leurs enfants est un travail pour la santé »*. Ils y contribuent dans 5 domaines : *« créer et entretenir des conditions de vie favorables à la santé ; prendre soin des malades ; éduquer à la santé ; servir d'intermédiaire avec l'extérieur ; faire face aux crises »* (Graham, 1984). Toutefois, de nombreuses études en France ont montré le poids des inégalités de santé notamment dans les quartiers défavorisés. Ces inégalités de santé empêchent-elles les parents de contribuer au premier domaine relevé par Graham ? Ces conditions de vie (et de santé) sont-elles transmises aux enfants ?

Après analyse des relations entre le revenu familial, la santé des parents et la santé des enfants, le revenu familial serait le premier facteur ayant un impact sur la santé des parents (Apouey & Géoffard, 2015). Le revenu moyen est *« positivement corrélé à la santé subjective, digestive, et pondérale »* (Apouey & Géoffard, 2015) et joue un rôle protecteur contre le risque de surpoids et d'obésité des enfants. À l'inverse, une famille avec des conditions socio-économiques difficiles aura du mal à contribuer financièrement au rôle protecteur. De plus, la perception de l'état de santé peut se transmettre aux enfants de

génération en génération. Les enfants eux-mêmes auront une santé subjective moins bonne, notamment à partir de l'âge de 11 ans, si leurs parents ont eux-mêmes une mauvaise santé subjective liée à leur condition socio-économique. Les pratiques et les comportements liés à la santé se transmettent souvent à la génération suivante, par exemple, si l'enfant a des parents fumeurs, il y a un fort risque qu'il fume un jour (Bricard et al., 2010). De plus, si les parents ont des problèmes de santé ou des conduites à risque (alcool, tabac) les enfants ont plus de risques d'être en situation d'obésité (Bricard et al., 2010). Finalement, la corpulence de l'enfant et la santé de l'enfant dépendent de la corpulence et de la santé subjective de la mère de l'enfant (Apouey & Géoffard, 2015).

Dans les quartiers défavorisés, la santé de l'enfant est affectée par ces facteurs socio-économiques car les revenus ont un impact sur la santé des parents et, par ailleurs, les parents transmettent cette façon de vivre et de se soigner à leur enfant. Le revenu des parents pourrait également avoir un effet sur le renoncement au soin (Apouey & Géoffard, 2015). Quoiqu'il en soit, d'après ces auteurs, à long terme, des conditions socio-économiques défavorables entraînent un impact obligatoirement négatif sur la santé. L'obésité est le marqueur le plus important de la pauvreté et d'une plus faible éducation des parents selon Bricard et al (2010). Cependant, la santé et le rapport au corps ne dépendent pas uniquement des conditions socio-économiques. En fonction des cultures, les représentations de la santé, de la maladie, du corps en surpoids peuvent être modifiées. Ces dissonances de discours entre les familles et les professionnels de santé peuvent renforcer les inégalités de santé. En voulant venir en aide aux familles les dispositifs de prise en charge peuvent davantage mettre en difficulté les enfants et leurs parents si les discours sont trop éloignés des représentations familiales (Thin, 1997).

Les programmes de prévention recommandent d'agir sur deux leviers principaux dans la lutte contre l'obésité : l'alimentation et l'activité physique. Dès lors, existe-t-il une transmission des activités physiques entre les parents et leur enfant en surpoids ou obèse ?

4.2 Plus les parents sont actifs, plus les enfants sont actifs

Une première étude en 1991 de Freedson et Evenson avait pour objectif d'étudier les corrélations entre l'activité physique des parents et celle des enfants avec deux mesures : une objective et une auto-rapportée. Les auteurs cherchaient à voir s'il y avait une relation entre les parents et les enfants dans l'activité physique. Finalement, ils ont trouvé une ressemblance familiale dans le taux de pratique physique de 67 % entre le père et l'enfant et de 73 % entre la mère et l'enfant. Les enfants suivraient davantage leur mère en ce qui concerne l'activité physique. Autrement dit, si les parents sont actifs physiquement, il y a de fortes chances que l'enfant le soit également. L'inverse est vrai aussi puisque si les parents sont inactifs, il y a de forts risques que l'enfant le soit également (Freedson & Evenson, 1991).

Au cours de la même période, d'autres auteurs se sont questionnés par rapport à l'influence des parents sur l'intensité de la pratique physique de leur enfant (Dempsey et al., 1993). Plus précisément, ils ont voulu tester l'emprise des parents sur l'activité physique des enfants selon le modelage social et l'effet des croyances des parents. Pour eux, le rôle des familles est le plus important en ce qui concerne l'activité physique des enfants. En effet, les parents communiquent à leur enfant les valeurs de l'activité physique par des messages négatifs ou positifs. Par exemple, celui qui juge que l'activité physique est utile pour atteindre des objectifs à court ou long terme, sera plus susceptible de participer qu'une personne qui perçoit le « coût » de l'activité. En fonction du message que le parent va rapporter, l'enfant aura plus ou moins de probabilité de s'investir dans une pratique sportive. Ce sont bien ces messages qui vont influencer les enfants (Dempsey et al., 1993). Leurs résultats viennent enrichir les propos de Freedson & Evenson (1991) puisqu'un enfant pratiquerait plus si ses parents reconnaissent davantage ses compétences dans une activité physique. Pourtant, même si les auteurs évoqués n'en parlent pas, il y a lieu de penser qu'il en s'agit bien là encore d'une transmission. Plus précisément, il est question de transmission inconsciente entre parents et enfant de l'envie, de la motivation à persévérer ou à pratiquer ou non une activité physique quelconque.

Il y a finalement peu d'informations sur le lien entre parents et enfant par rapport à l'activité physique. D'autres auteurs constatent que de nombreux enfants ne suivent pas les recommandations en termes d'activités physiques et passent beaucoup de temps devant les écrans télévisés (Jago et al., 2010). Ils cherchent alors à étudier l'influence des parents sur le

comportement de leur enfant. D'après leurs résultats, pour les filles, le risque de regarder plus de 4 heures de télévision par jour était 3,67 fois plus élevé si le parent de la fille regardait de 2 à 4 heures de télévision par jour. Pour les garçons, le risque de regarder plus de 4 heures de télévision par jour, était 10,47 fois plus élevé si le parent du garçon regardait plus de 4 heures de télévision par jour. Cependant, contrairement à Freedson et Evenson (1991), ils n'ont pas trouvé d'association avec le temps passé par les parents et les enfants dans l'activité physique. Il y aurait par contre une corrélation entre le temps sédentaire des parents et des filles : plus les parents de la fille sont sédentaires, plus elle le sera aussi. On s'aperçoit ainsi qu'il existe des contradictions entre les études dues à la complexité du sujet et l'influence de différents facteurs.

Les résultats ont été mitigés par rapport au fait que l'activité physique des parents serait un prédicteur de l'activité physique des enfants (Stearns et al. 2016). En examinant la relation entre le nombre de pas effectués par les parents et les enfants, ainsi que les modérateurs de cette relation, une étude récente montre que les parents physiquement actifs auraient tendance à avoir des enfants physiquement actifs. Pour chaque augmentation de 1 000 pas dans les étapes des parents, les enfants ont réalisé 260 pas supplémentaires. Les interventions menées pour permettre aux enfants de bouger davantage tout au long de la journée pourraient bénéficier d'une composante parentale (Stearns et al. 2016). En revanche, cette étude n'a pas permis de déterminer les mécanismes par lesquels les parents influencent leurs enfants dans le domaine de l'activité physique.

Concernant l'engagement sportif, *« l'efficacité de la transmission dépend bien de l'intensité et de l'investissement des deux parents, ce qui n'est pas le cas dans les consommations de musique enregistrée et de jeux vidéo, qui en sont relativement indépendant »* (Octobre & Jauneau, 2008, p. 708). La mère et le père ont donc un rôle important à jouer dans la transmission du goût pour l'activité physique même si, *« le sport et la télévision sont des activités pour lesquelles les transmissions du père au fils sont plus fréquentes et ne connaissent pas leur symétrie féminine (mère/fille) »* (Octobre & Jauneau, 2008, p. 710). Octobre et Jauneau ont pu déterminer des fragilités dans la transmission culturelle, comme par exemple, le fait que l'enfant devient de plus en plus autonome dans ses choix en grandissant. Ou bien encore le fait qu'il y a une modification de l'offre culturelle d'une génération à une autre. Il serait intéressant de voir si dans le sport des modifications comme

celle-ci peuvent être relevées. Notamment pour les familles ayant eu un parcours migratoire où, par exemple, les parents ont vécu leur enfance dans un autre pays, avec une culture sportive différente.

« Si la marche à pied ne constitue pas la distraction favorite des ouvriers, les promenades à bicyclette sont, elles, typiquement populaires. Le passage de l'enfance à l'adolescence est marqué par l'autorisation arrachée aux parents, après de longues discussions, d'acheter un vélo à tempérament sur le maigre salaire hebdomadaire d'apprentissage » (Hoggart, 1970, p. 384-385).

4.3 Le poids culturel des aliments

Selon Hoggart (1970, p. 71), dans les classes populaires, l'alimentation doit « être relevée », « caler l'estomac » et « tenir au corps », « de préférence avec de la viande, et avoir un goût bien senti qu'on obtient par l'usage généreux des sauces et des condiments ». Selon lui, l'important pour les familles populaires n'est pas d'avoir un repas équilibré mais un repas copieux et nourrissant. L'alimentation des classes populaires obéit à des croyances très tenaces dont les unes peuvent passer pour raisonnables mais dont un grand nombre repose sur des mythes ou des associations symboliques » (Hoggart, 1970, p. 70). Les ouvriers préfèrent par exemple amener leur propre nourriture pour les repas de midi plutôt que de manger dans les cantines, pas seulement pour des raisons économiques mais car ils préfèrent le plat richement préparé par leurs épouses ou mères. Pour les membres des classes populaires, « *tant qu'on a l'estomac bien garni il n'y a pas à se plaindre* ». Ainsi, c'est pour des raisons à la fois réelles et symboliques que le repas des travailleurs de force doit être copieux et riche en protéines, 'nourrissant' et 'relevé' (Hoggart, 1970, p. 72-73). Les normes alimentaires sont également imposées par la classe dominante. Ainsi, un des premiers indicateurs en France des normes alimentaires imposées par la bourgeoisie est le nombre et le rythme des repas. « *La norme relativement consensuelle que représente le rythme des trois repas apparaît comme un support d'intégration sociale* » (Le Pape & Plessz, 2017, p. 74). La manière de manger, les techniques corporelles utilisées pour alimenter le corps peuvent déterminer l'appartenance et la position sociale d'un individu (Le Pape & Plessz, 2017). Dans la société, le petit-déjeuner pour les enfants est devenu une norme sociale imposée d'une

part, par l'État dans le cadre de campagnes d'information nutritionnelle et, d'autre part, par les industries. Dans les classes populaires, ce sont davantage les mères qui s'occupent du petit-déjeuner des enfants afin qu'ils « acquièrent une technique du corps légitime – conforme aux prescriptions diététiques et aux pratiques des adultes des classes supérieures » (Le Pape & Plessz, 2017). Néanmoins, à l'âge adulte, cette pratique alimentaire n'est que rarement maintenue dans les milieux populaires. Les enfants ont finalement incorporé la technique du corps pratiquée par leur parent silencieusement (ne pas prendre de petit-déjeuner) plutôt que celle qui leur a été inculquée de manière explicite (prendre un petit-déjeuner). Ce choix est une ressource possible pour maintenir son propre statut social, en rendant le rythme alimentaire compatible avec les contraintes professionnelles et familiales qui sont « celles des membres des classes populaires (Le Pape & Plessz, 2017). Même si elles sont souvent connues par les membres des classes populaires, les recommandations faites par le PNNS en matière d'alimentation souvent ne sont pas incorporées. La mise en place d'un dispositif d'éducation nutritionnelle (financé par le PNNS) concourt à l'élaboration d'un discours relevant davantage de l'hygiène alimentaire familiale que du régime individuel (Lhuissier, 2006). Ainsi, lorsque les mères des classes populaires participent aux ateliers, elles sont souvent déçues et leurs attentes sont en décalage avec les normes appliquées dans ces cours. Les normes que souhaite imposer les programmes des politiques publiques sur l'alimentation sont ainsi généralement réappropriées par les classes populaires.

C'est ce que montre une étude sur les effets d'un projet d'éducation alimentaire dans un collège. L'objectif de ce projet était de « changer les comportements des adolescents » pour « permettre de changer ceux des familles » (Maurice, 2013 ; 2015). Le résultat de l'étude met en évidence l'influence de l'histoire familiale et du parcours de vie des adolescents dans la position que ce dernier prendra par rapport à un projet alimentaire (Maurice, 2013). On voit ici que les enfants agissent différemment en fonction de leur milieu social d'origine, de leur rapport au corps mais aussi de leur groupe de pairs. Dans les milieux populaires, les adolescents semblent avoir incorporé le rapport familial à l'alimentation dans « les plis du corps » (Diasio, 2014). D'après Diasio (2014), il n'y a ni persistance, ni rupture entre les pratiques alimentaires transmises par la famille de l'adolescent (père, mère, grands-parents, oncles, tantes, cousins, cousines) et celles finalement incorporées par ce dernier. Selon elle, « *la sortie de l'enfance comporte moins un desserrage des liens familiaux, qu'un*

réaménagement permettant au jeune de s'affirmer comme 'singularité enracinée', processuelle et relationnelle » (Diaisio, 2014, p. 41). L'adolescent va se réapproprier, réaménager les pratiques alimentaires familiales acquises au cours de son enfance.

Les mères de classes populaires peuvent également ressentir une forme de culpabilité notamment lorsqu'un de leurs enfants est en surpoids ou obèses. Avec la très forte médiatisation de l'obésité, les parents, notamment les mères, sont vues comme étant responsables de la santé de leurs enfants à travers les repas et les aliments qu'ils fournissent. L'enfant ne reste pas s'en agir, il « réceptionne » les comportements alimentaires transmis par sa mère et se réapproprie les normes. Ces comportements d'intériorisation ou à l'inverse de contournement des normes sont liés au rapport au corps, au milieu social ou encore au genre des préadolescents (Maurice, 2015). De plus, en fonction de l'origine migratoire de la famille (Afrique subsaharienne, Afrique du Nord, Europe de l'est...) l'alimentation ne sera pas conçue de la même manière, les aliments consommés par les enfants issus de l'immigration pourront être différents. Par exemple, une des diététiciennes du dispositif PRECCOSS a pu constater que généralement chez les familles musulmanes, la cuisine est réservée exclusivement aux femmes, c'est une activité considérée comme féminine. Les garçons n'ont donc pas le droit de participer à la préparation du repas. Finalement, « *c'est dans un rapport socialement différencié aux normes nutritionnelles que se joue la complexité de la négociation familiale autour de l'alimentation* » (Maurice, 2015, p. 133).

La transmission des pratiques alimentaires est donc socialement et culturellement marquée. Dans les milieux populaires, c'est principalement la mère qui transmet ces comportements puisque c'est souvent elle qui est en charge de l'achat de la nourriture et de la préparation des repas. L'impact des normes alimentaires véhiculées par les politiques de santé publique dépend bien de l'histoire familiale, migratoire et personnelle de l'enfant ou de l'adolescent obèse issu d'une classe populaire. En fonction de ces éléments, l'enfant va se réapproprier les pratiques alimentaires qui lui ont été transmises.

5. Des hypothèses de recherche

Toutes les études montrent une prévalence plus importante du surpoids et de l'obésité chez les enfants et adolescents dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Le taux d'activité physique y est également moindre, et les familles ont tendance à privilégier une alimentation qui « tient au corps » (Hoggart, 1970). La transmission de pratiques alimentaires et physiques lors de l'enfance semble se faire en grande partie par le biais de la famille, qui occupe une place prépondérante (Darmon, 2007 ; Octobre & Jauneau, 2008). Que ce soit de manière consciente, par les programmes d'éducation scolaire et les « programmes familiaux » en la matière, ou de manière inconsciente, par incorporation et effet d'habitus et d'éthos du groupe social d'appartenance, les comportements de santé, alimentaires et physiques sont transmis aux enfants. Cependant, les études sur la transmission d'un style de vie actif (ou non) restent lacunaires et abordent très peu les familles issues de quartiers populaires, ou le surpoids et l'obésité infantile. Certaines études montrent par contre la persistance d'inégalités sociales de santé de génération en génération (Cresson, 2006 ; Apouey & Geoffard, 2015 ; Lahire, 2019), mais peu de choses sont dites sur l'activité physique hormis le fait que plus les parents sont actifs, plus les enfants le seraient également (freedson & Evenson, 1991 ; Dempsey et al., 1993). Néanmoins, la transmission peut également se réaliser par d'autres biais que la famille, notamment par l'école, les pairs ou les réseaux sociaux. L'école reste pourtant un lieu de méfiance pour certaines familles des classes populaires, car les normes qui y sont inculquées sont parfois éloignées de leurs style de vie et de leur culture (Thin, 2005 ; 2009 ; Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008). Qu'en est-il des dispositifs de lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles ? Ces dispositifs cherchent à transmettre des comportements de santé, alimentaires et physiques pour tenter de stabiliser le poids des enfants considéré comme un problème de santé bien qu'aucune étude n'ait pu établir de lien entre surpoids et problème médical. Comment les familles (enfant en surcharge pondérale, parents, fratrie, grands-parents) se saisissent des normes et se réapproprient les recommandations de santé ? Quel est leur rapport au surpoids, à l'alimentation et à l'activité physique ? Toutes ces questions restent pour l'heure en suspens alors même que se développent de plus en plus de programmes de lutte contre la sédentarité des enfants et des adolescents.

Dès lors, l'objet de cette recherche est bien de montrer quels sont les effets respectifs des configurations familiales, des caractéristiques résidentielles et des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile sur les styles de vie (alimentaires et physiques) au sein de familles résidant dans des quartiers populaires et dont au moins un des enfants est en surcharge pondérale. Il s'agira de comprendre comment se transmettent et sont appropriés des styles de vie actifs au sein de ces familles et quel rapport elles entretiennent avec leur corps, l'activité physique et l'alimentation. Cette problématique se déclinera en quatre hypothèses de recherche permettant d'interroger les terrains d'étude.

5.1 Le poids des caractéristiques résidentielles : effets de quartier et de dispositif

L'étude se concentre sur trois quartiers prioritaires de la politique de la ville. Malgré des caractéristiques sociodémographiques similaires, chacun des trois quartiers de l'étude présente ses propres particularités pouvant entraîner un effet de lieu (Bourdieu et al., 1993) et de quartier (Bacqué & Fol, 2006 ; Gasparini, 2010) sur la transmission familiale de style de vie actif (ou non). En effet, les trois quartiers ont été classés comme QPV et répondent donc à des caractéristiques semblables (forte précarité, taux de chômage élevé, taux de surpoids et d'obésité élevé chez les jeunes comme chez les adultes...). Cependant, ces trois quartiers ne bénéficient pas des mêmes infrastructures sportives, des mêmes offres sportives en leur sein, ni des mêmes offres de soins et dispositifs de prise en charge de lutte contre la surcharge pondérale chez les enfants. Toutes ces spécificités peuvent conduire les familles vers des styles de vie actifs ou non mais peuvent également expliquer en partie certains rapports à l'activité physique, à l'alimentation et au surpoids chez l'enfant et son entourage.

5.2 Les effets des configurations familiales : rôles différenciés en fonction du genre et de la place dans la fratrie

Le corps des filles et le corps des garçons est différemment et socialement construit (Guérandel & Court, 2010). D'après les résultats d'une précédente enquête réalisée dans le cadre d'un mémoire de Master¹ et les premières observations d'ateliers d'activité physique, les mères semblent davantage présentes dans l'accompagnement des enfants de moins de 12 ans aux activités physiques (Grassler, 2017). Toujours d'après les premières observations, les filles semblent être moins autonomes dans les trajets domicile – lieu de l'activité (Grassler, 2017). Ainsi, nous pouvons noter des différences en fonction des sexes dans la transmission de style de vie actif (Daréoux, 2007 ; Grassler et al., 2019b). Les pères transmettent davantage aux garçons et les mères davantage aux filles et ce quel que soit le milieu de vie (milieux populaires ou milieux plus favorisés). Les mères cherchent à transmettre le goût et la continuité de la pratique sportive alors que les pères chercheraient plutôt à transmettre leur passion sportive (Mennesson, 2011 ; Vieille Marchiset & Tatu-Colasseau, 2012). De plus, il est nécessaire de prendre en compte la place de l'enfant au sein de la fratrie et son sexe puisque tous ne recevront pas forcément la même éducation de la part de leur parent (Octobre et al., 2010).

Ces constats nous conduiront à analyser l'existence de rôles différenciés entre l'ensemble des membres de la famille (enfant, adolescent, père/beau-père, mère/belle-mère, grands-parents) mais également une transmission hétérogène des styles de vie en fonction du sexe de l'enfant et de sa place dans la fratrie. Dès lors, il s'agira d'analyser dans cette deuxième hypothèse l'influence de chacun dans la transmission et la réception des styles de vie actifs chez l'enfant en surpoids ou obèse.

¹ Grassler, M. 2017. *Transmettre le goût de l'activité physique dans les quartiers populaires. L'exemple des parents et des enfants en situation de surpoids ou d'obésité dans un quartier de Strasbourg*. Mémoire de recherche sous la direction de W. Gasparini et S. Knobé, Master STAPS spécialité Activité Physique Adaptée et Santé – Ingénierie et Développement (APAS-ID), Université de Strasbourg.

5.3 D'autres instances de renforcement ou de résistance aux transmissions familiales, notamment à l'adolescence

Au-delà de l'entourage familial, d'autres instances socialisatrices sont susceptibles d'influencer la transmission et la réception d'un style de vie actif ou non. À l'adolescence, les jeunes semblent se détacher des « habitudes » et style de vie familiaux/parentaux pour se rapprocher de celle des pairs ou de l'école (Hoggart, 1970 ; Maurice, 2013). Pour les membres des classes populaires, les instances de socialisation extérieures à la famille transmettent cependant des normes alimentaires et sportives qui sont quelque fois en contradiction avec celles véhiculées dans le cadre familial (Diasio, 2014 ; Maurice, 2015). Ainsi, dans les milieux populaires, les autres instances de socialisation sont davantage prises en compte par l'enfant dans son entrée à l'adolescence. Cependant, une fois arrivé à l'âge adulte, l'adolescent se réapproprie les pratiques transmises par des membres de sa famille (père, mère, grands-parents...) et correspondant à sa culture d'origine, au détriment des normes véhiculées par les politiques de santé publique à travers l'école ou des programmes de lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles (Hoggart, 1970 ; Maurice, 2013).

Ces constats conduisent à analyser le rôle d'autres instances (notamment les dispositifs de prise en charge, l'école et les pairs) dans la transmission et la réception des styles de vie actifs chez les adolescents en surpoids ou obèses résidant dans un quartier populaire. Dès lors, il s'agira d'analyser dans cette troisième hypothèse l'influence de chacun de ces acteurs véhiculant parfois des discours contradictoires par rapport à celui de l'entourage familial sur le style de vie des adolescents en surpoids ou obèses.

5.4 L'enfant au cœur des réceptions : impact des pratiques alimentaires, sportives du pays d'origine

Que ce soit pour les pratiques alimentaires ou physiques, les parents ont des stratégies de transmission – consciente et inconsciente – des comportements, des schèmes qui vont progressivement être incorporés par les enfants. Nous avons vu précédemment qu'une « conscience » du surpoids ou de l'obésité de l'enfant est nécessaire afin de mieux prendre en charge les enfants concernés. Pourtant, toutes les recommandations sur l'alimentation et l'activité physique faites aussi bien au niveau national (par le PNNS), qu'au niveau local (par les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile) ne correspondant pas toujours aux représentations faites par l'enfant et sa famille (Thin, 1997), elles peuvent entraîner un sentiment de culpabilisation pour les parents (Gojard, 2000). Dans les quartiers urbains populaires, nombreux sont les habitants à avoir un passé migratoire. Leur style de vie est le produit de la rencontre entre, d'une part, leur histoire, leurs traditions, leur culture d'origine et, d'autre part, la culture française (Sayad, 1999). Or, les programmes de lutte contre le surpoids et l'obésité infantile ne tiennent pas compte des conditions d'origine des émigrés. Il revient donc aux parents, de composer entre leurs pratiques alimentaires et physiques d'origine et les recommandations faites par les politiques publiques de santé. En fonction du pays d'origine (de l'enfant ou de ses parents), des pratiques alimentaires et culturelles « traditionnelles » de la famille, mais également selon sa trajectoire, les représentations du corps, de l'alimentation et de l'activité physique seront plus ou moins éloignées du modèle légitime transmis par ces politiques publiques (Sayad, 1999 ; Tlili, 2002 ; Lagrange, 2010a ; 2010b). Cet écart entre le modèle familial et le modèle véhiculé par les politiques de santé publique est susceptible de produire un sentiment de culpabilité chez certaines mères immigrées des classes populaires. Les recommandations en matière de lutte contre le surpoids ou l'obésité infantiles proposées par les professionnels de santé se confrontent aux représentations des familles populaires, notamment au rôle de « bonne mère » (Grassler et al., 2019a). De ce fait, la transmission et la réception de styles de vie actifs (ou non) sur et par l'enfant en surpoids ou obèse sera fortement dépendante des pratiques alimentaires, sportives et de la religion « traditionnelle » du pays d'origine de sa famille.

6. Méthodologie de l'enquête : une approche qualitative

Le but de l'enquête est de déterminer quels sont les effets respectifs des configurations familiales, sociales et des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile sur les styles de vie (alimentaires et physiques) au sein de familles résidant dans des quartiers populaires et dont au moins un des enfants est en surcharge pondérale. Il s'agira de comprendre comment se transmettent ou non les styles de vie actifs au sein de ces familles et quel rapport elles entretiennent avec leur corps, l'activité physique et l'alimentation. Pour cela, il est nécessaire d'interroger l'enfant ou l'adolescent en surcharge pondérale, son entourage familial (père, mère, beau-père, belle-mère, fratrie) et les différents professionnels des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile. L'enquête visant des enfants en surpoids ou obèses, l'approche méthodologique a dû, dans un premier temps, être présentée à un comité éthique de l'université de Strasbourg¹. Cette partie méthodologique comprendra trois parties : le terrain de la recherche, la population enquêtée et enfin les différents outils utilisés pour mener à bien la recherche.

6.1 Terrain de l'enquête : comparaison de trois quartiers populaires

Tout d'abord, concernant le terrain de l'étude et au vu de tout ce qui a été montré précédemment, le choix a été fait de se focaliser sur trois quartiers prioritaires de la politique de la ville, deux quartiers à Strasbourg et un à Mulhouse. En effet, la prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles est plus élevée dans ces quartiers (Poulain, 2009). Ainsi, pour la ville de Strasbourg, le premier quartier retenu est celui du Neuhof afin de poursuivre le travail déjà mené lors d'un mémoire de recherche en Master (Cf. p.94). Le second quartier strasbourgeois retenu est le Port-du-Rhin du fait de ses particularités socio-démographiques. En effet, il s'agit du quartier où la situation socioéconomique des habitants est la plus défavorable comparativement à la moyenne de l'ensemble des QPV de la ville de Strasbourg (ORS Grand

¹ Le 13 mai 2019, le comité éthique pour la recherche Unistra a déclaré que « le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est positif » et l'a enregistré sous un numéro d'accréditation unique.

Est, 2018). Il fait également l'objet d'un projet de rénovation urbaine en cours avec, entre autres, la construction d'une ligne de tramway et celle d'un nouvel établissement hospitalier d'envergure. Les mutations urbaines actuelles de ce territoire très défavorisé offrent l'occasion d'étudier les « effets de quartier » (Bacqué & Fol, 2006 ; Gasparini, 2010) et de constater de possibles « effets de lieu » (Bourdieu et al., 1993 ; Beaud, 2018).

Au-delà de ces deux quartiers strasbourgeois, bénéficiant de l'action PRECCOSS, un autre territoire est pris en compte, en l'occurrence le quartier des Coteaux à Mulhouse. Un dispositif de prise en charge de l'obésité infantile différent de PRECCOSS y intervient, il s'agit du réseau associatif ODE-RéPPOP et cela permettra d'analyser un probable « effet de dispositif ». Malgré des caractéristiques sociodémographiques similaires que ceux retenus sur l'agglomération de Strasbourg, il présente un taux de surpoids et d'obésité d'enfants scolarisés en sixième plus faible que la moyenne des QPV d'Alsace (25% pour le quartier, contre 30% pour l'Alsace¹). Outre la considération d'un territoire différent, l'étude de ce quartier supplémentaire offrira la possibilité d'une comparaison des effets propres à chacun des dispositifs proposés.

L'établissement de ces trois monographies avec leurs particularités – sociales, territoriales et sanitaires – permettra d'analyser les processus sociaux à l'œuvre dans des configurations particulières.

¹<https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-09/RAPPORT%20ORS%20SANTE%20ENFANTS%20ALSACE.pdf>

6.2 Les personnes à enquêter : quelle population ?

Concernant la population de l'étude, l'enquête se déroule auprès d'environ 15 familles, soit 5 familles par quartiers. Au sein des familles, des entretiens seront menés auprès de l'enfant ou de l'adolescent dépisté en surpoids ou obèse et destinataire d'une proposition de participation au dispositif PRECCOSS ou au réseau ODE. L'enquête s'intéressera également à sa mère/belle-mère, à son père/beau-père, à son tuteur légal, à sa fratrie et si possible à ses grands-parents.

Des critères de sélection et de non-inclusion ont été établis. Ainsi, pour pouvoir être inclus dans l'enquête, l'enfant doit respecter trois critères de sélection. Premièrement, il doit résider dans le quartier du Neuhof (Strasbourg), Port-Du-Rhin (Strasbourg) ou Les Coteaux (Mulhouse). Deuxièmement, il doit avoir été dépisté en surpoids ou obèse et avoir été destinataire d'une proposition de participation au dispositif PRECCOSS ou au réseau ODE. Troisièmement, l'enfant en surcharge pondérale doit avoir au moins 6 ans et moins de 18 ans. Le seul critère de non-inclusion étant si l'enfant et sa famille ne parlent pas du tout le français.

En fonction du quartier de vie de la famille, le contact avec cette dernière sera établi comme suit. Pour le quartier du Neuhof (Strasbourg), le recrutement des familles se fait à partir de la base de données du dispositif PRECCOSS et par un intermédiaire (membre de l'équipe professionnelle de PRECCOSS) qui demande une autorisation orale aux familles afin de pouvoir transmettre les coordonnées téléphoniques au chercheur. Pour le quartier du Port-Du-Rhin (Strasbourg), le recrutement est réalisé par l'intermédiaire des infirmières scolaires. Lorsqu'elles dépistent un enfant en surpoids, elles doivent obtenir l'autorisation orale de la famille avant de transmettre les coordonnées au chercheur et de participer à l'enquête. En effet, seule une famille du Port-du-Rhin est incluse dans le dispositif. Ainsi, l'utilisation d'une autre méthode pour entrer en contact avec des familles orientées vers le dispositif PRECCOSS mais n'ayant pas donné suite était nécessaire. Enfin, pour le quartier des Coteaux (Mulhouse), le recrutement des familles est réalisé à partir de la base de données du Réseau ODE Haut-Rhin des familles résidant dans le quartier des Coteaux. Ensuite, un intermédiaire (membre de l'équipe professionnelle du réseau ODE) demande une autorisation orale aux familles afin de pouvoir transmettre les coordonnées téléphoniques au chercheur.

6.3 Les outils de recueil des données

Pour mener à bien cette recherche qualitative, une pluralité d'outil de recueil des données a été utilisée. Des entretiens semi-directifs ont été menés avec l'enfant et d'autres membres de sa famille (père, mère, fratrie) mais également avec différents professionnels jouant un rôle dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles (professionnels de santé, responsables de dispositif, financeurs...). En parallèle, des carnets de bords ont été distribués aux enfants et aux adolescents enquêtés afin de compléter les données sur leurs activités physiques et leurs loisirs au cours de la journée. Enfin, des observations non participantes ont été nécessaires afin de mieux comprendre l'organisation des dispositifs de lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles mais également pour observer les enfants et adolescents dans leur pratique.

6.3.1 Entretiens semi-directifs

Les coordonnées des familles transmises par les professionnels du dispositif PRECCOSS et du réseau ODE, ont permis un contact téléphonique avec les parents et l'obtention d'un rendez-vous. Lors de cet appel, il est proposé une rencontre avec l'enfant ou l'adolescent et au moins un des parents, soit au domicile familial, soit dans un lieu public (café, université, parc).

Lors du premier rendez-vous, un entretien semi-directif est réalisé. Avant de commencer, une notice d'information est donnée à l'adulte présent (Cf. Annexe 6) et à l'enfant (Cf. Annexe 7), ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé à signer par chacun d'entre eux (Cf. Annexe 8 et Annexe 9) ; un carnet de bord¹ est laissé à l'enfant et un rendez-vous est fixé pour le mois suivant. Le deuxième entretien est effectué à partir des informations complétées dans le carnet de bord. En parallèle, des entretiens sont menés individuellement avec les membres de la famille de l'enfant qui ont donné leur accord (parents et/ou beaux-parents, frères et sœurs, grands-parents).

¹ Cf. Partie 4.3.2

Pour mener à bien ces entretiens et recueillir les informations pouvant éclairer les hypothèses, un guide d'entretien a été élaboré (Cf. Annexe 10). Les principales thématiques abordées sont les activités physiques et sportives, les loisirs, les déplacements, le lieu de vie, l'alimentation, le corps et la santé, le dispositif PRECCOSS ou le réseau ODE. La question de la transmission est abordée de manière transversale tout au long des entretiens, dans l'ensemble des thématiques. Le guide d'entretien est adapté en fonction de la personne interrogée (enfant ou adulte) mais aussi en fonction de sa maîtrise de la langue française. Par exemple, le terme « activité physique » peu explicite pour certaines personnes est remplacé par le terme « sport ».

Il n'est pas évident de faire parler un enfant au cours d'un entretien semi-directif (Armagnague & Rigoni, 2016 ; Auger et al., 2017). C'est pourquoi, pour faciliter la parole et obtenir davantage de données, un carnet de bord est distribué aux enfants.

6.3.2 Carnet de bord

À la fin du premier entretien avec l'enfant, un carnet de bord d'activités physiques et de loisirs lui est remis. Ce carnet est à remplir quotidiennement, dans la mesure du possible, sur une période de quinze jours incluant des journées avec école (Cf. Annexe 11) et sans école (Cf. Annexe 12). En fonction de l'âge de l'enfant ou de l'adolescent et de son niveau scolaire (primaire, collège ou lycée), le contenu varie, notamment par rapport aux activités proposées qu'il est susceptible d'avoir pu faire au cours de la journée. Par exemple, à l'école primaire, l'enfant est questionné sur les activités périscolaires, tandis qu'il s'agit d'activités en Union National du Sport Scolaire (UNSS) pour les collégiens. Néanmoins, la base reste identique afin de pouvoir avoir une vue d'ensemble sur les activités quotidiennes déclarées par les enfants et adolescents rencontrés. Les parents sont autorisés à aider l'enfant à le remplir quand cela est nécessaire et/ou si l'enfant le souhaite.

Les quinze jours étant écoulés, la restitution des carnets de bord est l'occasion de réaliser un deuxième entretien (plus court) permettant d'enrichir les précédentes données. Cet outil est choisi pour susciter au mieux la parole des enfants (notamment les plus jeunes) et favoriser l'échange sur leurs pratiques quotidiennes (Christensen & James, 2008 ; Armagnague & Rigoni, 2016 ; Auger et al., 2017).

6.3.3 Observations des pratiques

Des observations non participantes ont également été réalisées, au sein des deux dispositifs de l'étude (PRECCOSS et réseau ODE), afin de mieux saisir le déroulement des ateliers sportifs et culinaires. Ces observations permettent d'avoir un autre regard sur les pratiques proposées par les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile, mais aussi d'observer le comportement de certains enfants inclus dans l'étude, hors du contexte familial. Il s'agissait notamment d'observer la tenue portée par les enfants, leurs équipements (gourde, bouteille d'eau), leur mode de transport pour se rendre sur le lieu de l'atelier (voiture, transports en commun, marche à pied, trottinette ou vélo), s'ils étaient accompagnés et si oui par qui (mère, père, grands-parents, frère, sœur, ami(e)...), les échanges entre les enfants, leurs éducateurs ou entre éducateurs ou avec les parents, ainsi que le nombre d'enfants présents. Ces constatations ont permis d'élargir la vision globale des dispositifs et d'enrichir les informations pour certaines familles rencontrées (Alami et al., 2019). En effet, l'observation des ateliers culinaires et d'activité physique peut permettre de constater des pratiques, des comportements totalement ou partiellement opposés aux déclarations faites par les différents membres de la famille lors des entretiens semi-directifs (Peretz, 2004).

Suite aux difficultés rencontrées pour atteindre des familles du quartier du Port-du-Rhin à Strasbourg, des observations participantes ont été réalisées afin de nouer un contact avec les habitantes du quartier. De ce fait, l'enquêtrice, avec l'accord du centre socio culturel, a participé à des cours d'activité physique et sportive proposés aux femmes du quartier tous les mardi et jeudi soirs de 18h30 à 20h du 4 février 2020 au 5 mars 2020.

6.4 Remarques à l'issue du recueil des données

Cette recherche ne s'est pas faite sans difficultés et la méthodologie a dû être ajustée au fur et à mesure de son avancée afin de pouvoir mener à bien le recueil des données.

6.4.1 Atténuer la distanciation sociale entre enquêtrice et enquêtés

Un des enjeux de cette recherche a été de mettre en confiance les personnes enquêtées afin de recueillir un maximum d'informations. Il est parfois difficile de « faire parler » les personnes notamment dans les quartiers populaires du fait de la distanciation sociale pouvant exister entre l'enquêté et l'enquêteur. De plus, cette étude porte sur le surpoids et l'obésité, sujets parfois stigmatisants et concerne des enfants qu'il n'est pas toujours évident de faire parler. Malgré les différences au départ entre l'enquêtrice et les familles, des données intéressantes ont pu être recueillies notamment grâce à une atténuation de la distanciation sociale.

Le contact initial se faisait par téléphone – souvent avec la mère de l'enfant – et devait permettre de prendre rendez-vous pour un premier entretien avec la présence de l'enfant et au moins l'un des parents. La difficulté résidait parfois à expliquer l'objectif de la recherche alors que l'enquêtrice se présentait comme une étudiante réalisant une enquête sur le sport. Au premier abord, les mères ou les pères semblaient réticents, mais l'entretien pouvant se dérouler chez eux cela les a finalement convaincus pour la plupart. L'enquêtrice s'est adaptée aux horaires et disponibilités des familles (pendant la pause méridienne, en fin de journée, le week-end), leur laissant pleinement le choix. Bien entendu il y a eu des imprévus, des rendez-vous oubliés, des incompréhensions – l'enfant était parfois parti jouer dehors –. Il a alors fallu reprogrammer des rendez-vous, mais parfois cela a aussi permis d'échanger avec le parent ou un autre membre de la famille présent.

Le second contact se déroulait au domicile des familles dont l'adresse avait été communiquée par téléphone. Arrivée au pied de l'immeuble, trouver les noms sur les sonnettes était la première mission. Souvent, il était nécessaire de téléphoner pour avoir le nom exact ou le bon étage et parfois un membre de la famille descendait accueillir l'enquêtrice. Il était impossible de savoir à l'avance qui serait présent lors de l'entretien.

Des imprévus tout aussi enrichissants que les échanges pour l'enquête

Par exemple, il est arrivé que l'enquêtrice se présente un jour de semaine à midi et que, l'enfant étant absent, il y ait uniquement le père et ses parents. Ce dernier a alors expliqué que sa femme était partie chercher l'enfant à l'école et qu'elle pouvait les attendre car ils n'allaient pas tarder. Cet imprévu a permis un premier échange avec le père et les grands-parents même s'ils ne maîtrisaient pas bien la langue française. L'enquêtrice a également pu observer le déroulement du temps de la pause déjeuner. La grand-mère préparait le repas, tandis que le père et le grand-père étaient installés sur le canapé à regarder la télévision. Ils lui ont servi des chocolats, des gâteaux faits maison et du café. Finalement, l'enfant et sa mère sont arrivés à 12h40. L'enquêtrice a alors pu voir la place qui lui était accordée. La grand-mère a stoppé la cuisine et est venue enlever les chaussures, le manteau de l'enfant assis sur le canapé. Elle lui a ensuite servi les chocolats et gâteaux faits maison avec un verre de jus de fruit en attendant que le repas soit prêt et a mis les dessins animés à la télévision. Dès que l'enfant ou l'enquêtrice finissaient leur assiette, la grand-mère les servait à nouveau. L'observation de cet « instant » de vie de famille a permis d'en apprendre davantage sur les « habitudes » de vie alimentaires et les relations familiales. Un nouvel échange a alors pu commencer avec la mère et l'enfant.

Pour ne pas rendre l'entretien trop formel, le choix a été fait de ne pas avoir de support papier. Il y avait déjà les formulaires de consentement à remplir comme mentionné dans la méthodologie présentée et approuvée par le comité éthique. La grille d'entretien était connue par l'enquêtrice et nul n'était besoin de rajouter un obstacle entre elle et les enquêtés. Pour « libérer » la parole, il a été nécessaire de se livrer, de s'intéresser au discours des enfants, des parents, de dévier par moment du sujet de la recherche pour mieux y revenir plus tard. Le fait d'avoir plusieurs entretiens avec les familles permettait de prendre le temps, de ne pas enchaîner les questions. Toutes les familles rencontrées ont proposé un café, un jus de fruit, des biscuits, des chocolats, des spécialités...

Un entretien réalisé autour du partage, de la découverte d'une pratique culinaire et religieuse

Un des entretiens a eu lieu pendant le mois de Noé ou encore « Ayloul ». À cette période, chaque foyer à tour de rôle prépare une « soupe » composée de plusieurs ingrédients salés où l'on rajoute du sucre et reçoit les voisins pour partager le plat. Le jour de l'entretien, cette tradition musulmane ayant eu lieu dans la famille, la mère a tenu à faire découvrir cette spécialité à l'enquêtrice :

« Comme on est dans le mois de Noé, Noé l'arche de Noé. Je ne sais pas si vous êtes croyante, chez nous euh comme on est musulmans nous aussi on croit à Noé, c'est le prophète aussi vous voyez. Et comme ils avaient plus rien à manger, il restait de chaque euh... un blé, un maïs, de chaque truc il restait... un aliment, en une fois, un peu. Alors ils ont mélangé tout ça, au lieu de mettre du sel, ils ont mis du sucre. Et dans le mois là, ça veut dire nous on fait, on achète euh sept, huit éléments ou neuf éléments, même treize et après on fait comme un genre de soupe mais c'est un peu sucré. Mais il y a du blé, il y du maïs... (...) Haricot sec, abricot, abricot sec... Raisin aussi il y en a, si vous voulez goûter ? » (Père de Sélim, 14 ans).

La mère était très heureuse de faire découvrir ce plat, et toute la famille présente dans le salon – c'est-à-dire Sélim, sa grande sœur, sa mère, son père et sa grand-mère paternelle – scrutait la réaction de l'enquêtrice après la première bouchée. Ce partage a permis de créer un contact et un lien durable. Cette famille possède un jardin dans le quartier et l'enquêtrice a été surprise d'apprendre qu'ils y faisaient pousser du piment. À l'inverse, eux ont été étonnés d'apprendre que son conjoint mangeait très pimenté. Il y a eu beaucoup de rires et cela a permis d'ouvrir la discussion sur les origines et les pratiques qui en découlent. Le père offrira même des piments et des tomates récoltées la veille.

De la même manière, Sélim a été fier de montrer les étoiles de mer qu'il pêche à la mer en Turquie en compagnie de son père et en a offert à l'enquêtrice. Là aussi, cela a permis d'échanger plus librement sur ce loisir et les activités pratiquées en Turquie par la famille. Tous semblaient heureux de raconter leurs loisirs aussi bien en Turquie qu'en France, permettant une belle comparaison entre pays d'origine et pays d'accueil.

Cet entretien « familial » a permis d'obtenir des informations précieuses et les différences culturelles ont dans ce cas étaient un élément favorisant l'échange.

Finalement, bien qu'au départ l'écart culturel, physique et d'âge entre les enquêtés et l'enquêtrice pouvait sembler être un « handicap » et freiner le recueil de données, une relation de confiance s'est établie entre eux. L'écoute, le non-jugement, le réel intérêt de l'enquêtrice et l'adaptation constante en fonction des volontés des enquêtés a permis par moment de réaliser plus que des entretiens semi-directifs mais bel et bien des échanges riches et concluants pour les deux « parties ».

6.4.2 L'interprétation des données : de la retranscription à l'analyse

Le protocole de recherche – y compris la méthode d'analyse – a été soumis au comité éthique de l'université de Strasbourg et validé le 13 mai 2019. Des données multiples ont été recueillies dans le cadre de cette recherche qualitative permettant une méthodologie par triangulation¹. Ainsi, il s'agissait d'effectuer une analyse par étude de cas qui est d'une part compatible avec ce type de recueil de données, et d'autre part cohérente avec une volonté de mise en évidence de processus et non une généralisation des résultats (Hammel, 1997 ; Becker, 2016).

Les entretiens semi-directifs réalisés auprès des familles (enfant et/ou mère et/ou père et/ou fratrie) et des professionnels de santé ont été enregistrés après accord de ces derniers. Les enregistrements ont alors été entièrement retranscrits sans aide de logiciel. En cas de refus d'enregistrement, l'enquêtrice a effectué une prise de note la plus complète et fiable possible directement à l'issue de l'entretien. Suite à cela, les entretiens ont été codés manuellement en fonction d'indicateurs découlant des hypothèses de recherche et du guide d'entretien. De plus, une fiche descriptive récapitulative a été réalisée pour chaque famille permettant de regrouper les informations principales : âge et sexe des enfants, activités physiques encadrées ou non de chacun des membres, situation familiale, informations sur le lieu de vie (étage, type de logement) ...

Afin de compléter ce matériau principal, les données complémentaires utilisées ont également dû être analysées et objectivées. Les carnets de bord complétés par les enfants – parfois avec l'aide de leurs parents – ont permis d'enrichir les données obtenues lors des entretiens. Les informations ont été restituées dans des tableaux Excel permettant une meilleure objectivation et analyse des données (Cf. Tableau 8).

Concernant les observations non participantes des journées d'inclusion dans les dispositifs ou des ateliers culinaires et d'activités physiques qui y sont proposées, les données ont été recueillies selon une grille d'observation préalablement établie. Les informations

¹ La triangulation est « *le fait d'appréhender un objet de recherche d'au moins deux points de vue différents* » (Caillaud & Flick, 2016).

obtenues ont été comparées avec celles des entretiens et des carnets de bord, notamment lorsqu'un des enfants de l'étude est inscrit aux ateliers. Les observations permettent de confronter, d'illustrer et d'objectiver le discours des enquêtés (familles comme professionnels de santé) et de prendre du recul par rapport aux discours.

Finalement, c'est bien la triangulation de toutes ces données qui permet une analyse plus approfondie évitant ainsi une simple juxtaposition des informations recueillies (Caillaud & Flick, 2016).

Sacha	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Déplacement maison-école	A pied	A pied	A pied	A pied	A pied
Déplacement école-maison	A pied	A pied	A pied	A pied	A pied
Mange à la cantine	Non	Non	Non	Non	Oui
Activité pendant la récréation	Mange sa collation	Discute avec son ami	Discute avec son ami	Joue avec ses copains	Discute avec ses amis
Sport à l'école	Non	Non	Non	Non	Non
Activité périscolaire	Non	Non	Non	Non	Non
Activités de loisirs après l'école	Regarder la télé, Devoirs, Jouer en bas de chez moi, Sport en club, RDV psychologue PRECCOSS	Regarder la télé, Devoirs, Aller chez de la famille	Regarder la télé, Jouer dans le parc, Sortie en vélo, Aller chez de la famille	Regarder la télé, Devoirs, Sport en club	Regarder la télé, Jouer dans le parc, Jeux vidéo

Tableau 8 : Exemple d'objectivation des données d'un carnet de bord

6.4.3 Les difficultés d'accès aux informations

Il était initialement prévu d'inclure dans l'étude une dizaine de famille par quartier. Néanmoins, il a été difficile d'obtenir des coordonnées de famille dans le quartier des Coteaux à Mulhouse et encore davantage dans le quartier du Port-du-Rhin à Strasbourg. Au Neuhof, la recherche a été facilitée par le fait qu'un premier recueil de données auprès de dix familles du quartier avait déjà eu lieu en 2017 pour un mémoire de recherche. Le contact était déjà établi avec les professionnels du dispositif PRECCOSS et l'obtention des coordonnées des familles du quartier Neuhof a été ainsi facilitée.

Concernant le quartier du Port-du-Rhin, passer par le dispositif PRECCOSS s'est avéré inefficace car très peu de familles ont intégré le dispositif. Il a donc fallu adapter la méthodologie et solliciter d'autres intermédiaires afin d'obtenir des contacts et rencontrer des familles du quartier. Par exemple, le président du centre socio-culturel (CSC) du quartier a permis un contact entre la directrice du CSC, la référente famille du CSC et l'enquêtrice. Ainsi, pour aller à la rencontre des habitants de ce quartier populaire, l'enquêtrice est passée par le relais d'une institution culturelle (Mauger & Pouly, 2019) et a obtenu l'autorisation de participer aux séances de sport réservées aux femmes du Port-du-Rhin tous les mardi et jeudi soir. Ces observations participantes ont débuté le 4 février 2020 et ont dû être stoppées à partir du 10 mars 2020 à cause de la covid-19. Les cours se sont également arrêtés les deux dernières semaines de février pendant les vacances scolaires. L'enquêtrice aura pu participer à six séances d'activités physiques adaptées avant l'arrêt obligatoire des activités sportives. Il était également prévu de participer à une journée de prévention sur le thème de l'alimentation au mois de mai dans l'école du quartier. Cette journée aurait été l'occasion de rencontrer des enfants et leurs parents potentiellement concernés par des problématiques de surpoids ou d'obésité mais l'apparition de la covid-19 n'a pas permis son organisation. L'enquête dans le quartier du Port-du-Rhin aura donc été perturbée et écourtée du fait de la crise sanitaire.

Dans le quartier des Coteaux à Mulhouse, il a fallu du temps avant de pouvoir accéder au réseau ODE, la crainte de certains membres de l'équipe étant d'être comparés au dispositif PRECCOSS. Après plusieurs échanges avec le directeur de l'association et le coordinateur d'activité physique et sportive, un accord a été trouvé et l'enquêtrice a pu avoir accès aux

coordonnées des huit familles incluses dans le réseau et résidant dans le quartier des Coteaux¹. Sur ces huit familles, deux n'ont pas accepté de participer à la recherche et une n'a pas pu être jointe car le numéro n'était plus attribué. De ce fait, seulement cinq familles de ce quartier ont été incluses dans l'étude, dont une famille où deux enfants font partie de l'association.

Ces éléments permettent de justifier le fait qu'il n'y ait pas le même nombre de familles par quartier incluses dans l'étude.

¹ L'association n'a pas souhaité fournir les rapports d'activités. Il n'est donc pas possible de comparer les chiffres avec le reste des quartiers du Haut-Rhin où le dispositif intervient.

	Enfant	Sexe	Âge (années)	Profession Mère	Profession Père	Situation familiale	Fratrie	Pays de naissance des parents
Les Coteaux	Maëlys	F	10	Sans emploi	Employé	Mariés	1	Algérie (père)
	Amir	M	12	Employée	Ouvrier	Mariés	3	Maroc
	Jessica	F	7	Sans emploi		Monoparentale	1	Cameroun
	Siméon	M	7	Sans emploi	Sans emploi	Mariés	2	Arménie
	Zevan.	M	13	Sans emploi				
	Jordan	M	13	Employée		Divorcés	1	France
Le Neuhof	Sélim	M	14	Sans emploi	Ouvrier	Mariés	2	Turquie
	Aïda	F	11	Sans emploi	Ouvrier	Mariés	0	Arménie
	Chloé	F	15	Employée	Employé	Mariés	2	
	Fatima	F	6	Sans emploi	Profession intermédiaire	Mariés	2	Algérie
	Azat	M	7	Sans emploi	Sans emploi	Mariés	0	Arménie
	Farida	F	9	Sans emploi	Sans emploi	Mariés	2	Algérie
	Yasmine	F	9	Sans emploi	Sans emploi	Mariés	2	Maroc
	Maryam	F	10	Sans emploi	Sans emploi	Mariés	2	Maroc
	Julie	F	10	Employée	Ouvrier	Divorcés	1	France
	Laura	F	10	Congé maternité	Ouvrier	Mariés	2	Congo
	Sacha	M	9	Sans emploi	Ouvrier	Mariés	2	Russie
	Aylan	M	11	Employée		Divorcés	1	Turquie
	Sandra	F	8	Sans emploi	Ouvrier	Mariés	0	Roumanie
	Amina	F	9	Sans emploi	Employé	Mariés	2	Maroc
	Ibrahim	M	9	Sans emploi	Ouvrier	Mariés	3	Maroc
Yusuf	M	10	Employée	Employé	Mariés	1	Turquie	
Port-du-Rhin	Juliette	F	13	Employée		Divorcés	0	Allemagne (père)

Tableau 9 : Caractéristiques des familles enquêtées¹

Finalement, 5 familles des Coteaux à Mulhouse, 15 familles du Neuhof à Strasbourg et une famille du Port-du-Rhin ont participé à l'étude. L'âge des enfants ou adolescents varie de 7 à 15 ans, et les configurations familiales ne sont pas toutes identiques (parents divorcés ou mariés, familles monoparentales). La taille de la fratrie est également différente d'une famille à une autre avec des enfants fille ou fils unique, et des fratries de quatre enfants (incluant l'enfant enquêté). Toutes ces caractéristiques principales sont répertoriées dans le Tableau 9 ci-dessus, afin de faciliter la compréhension et le suivi de chaque famille tout au long de cette thèse. Les prénoms des enfants sont fictifs.

	Enfant	Sexe	Âge (années)	Membres de la famille rencontrés ²
Les Coteaux	Maëlys	F	10	Maëlys, mère, père, petit frère
	Amir	M	12	Amir, mère, petit frère, grand-frère
	Jessica	F	7	Jessica, mère
	Siméon	M	7	Siméon, Zevan, mère, père et grand-mère
	Zevan.	M	13	
	Jordan	M	13	Jordan, mère, petit frère
Le Neuhof	Sélim	M	14	Sélim, mère, père, grande sœur, petite sœur, grand-mère
	Aïda	F	8	Aïda, mère, amie de la mère, ami d'Aïda
	Chloé	F	16	Chloé, mère, père, petite sœur
	Fatima	F	6	Père, petite sœur
	Azat	M	7	Azat, mère, père, grand-mère, grand-père
	Farida	F	9	Farida, mère, père, petit frère
	Yasmine	F	9	Yasmine, Maryam, mère, père, petit frère
	Maryam	F	10	
	Julie	F	10	Julie, mère
	Laura	F	10	Laura, mère, petit frère
	Sacha	M	9	Sacha, mère
	Aylan	M	11	Aylan, mère
	Sandra	F	8	Sandra, mère
	Amina	F	9	Amina, mère
	Ibrahim	M	9	Ibrahim, mère

¹ Dans ce tableau sont également pris en compte les entretiens réalisés avec les enfants et leur famille pour le mémoire de Master : Grassler, M. 2017. *Transmettre le goût de l'activité physique dans les quartiers populaires. L'exemple des parents et des enfants en situation de surpoids ou d'obésité dans un quartier de Strasbourg.*

² Certains membres de la famille ne parlant pas français – notamment les grands-parents – l'échange s'est fait par l'intermédiaire de l'enfant ou d'un autre membre de la famille.

	Yusuf	M	10	Yusuf, mère, petit frère
Port-du-Rhin	Juliette	F	13	Juliette, mère, amies de la mère

Tableau 10 : Récapitulatif des membres de l'entourage de l'enfant rencontrés

Au-delà des enfants, d'autres membres de la famille ont également été rencontrés. Quand cela était possible, un échange avait lieu entre l'enquêtrice et la mère, le père, la fratrie et les grands-parents de l'enfant en surpoids ou obèse. Certains membres de la famille ne parlant pas le français, l'échange s'est fait par l'intermédiaire des autres personnes présentes (enfant et/ou parents). D'autres membres de la famille, y compris des pères, ne vivant pas à proximité du foyer familial n'ont pu être rencontrés. Toutes ces informations sont répertoriées dans le Tableau 10 ci-dessus.

Enfin, différents professionnels de santé, travaillant dans les dispositifs de prise en charge de l'obésité PRECCOSS ou le Réseau ODE-RéPPOP, ainsi que des professionnels œuvrant dans les quartiers de l'étude, ont été interrogés dans le cadre de cette recherche. Là aussi, les prénoms de ces derniers sont fictifs. Leur fonction, structure et lieu d'intervention sont mentionnés dans le Tableau 11 ci-dessous.

Professionnel(le)	Sexe	Fonction	Structure	Lieu d'intervention
Charlotte	F	Psychologue	PRECCOSS	Strasbourg
Lisa	F	Éducatrice Médico-sportive	PRECCOSS	Strasbourg
Margaux	F	Infirmière coordinatrice	PRECCOSS	Strasbourg
Camille	F	Diététicienne	PRECCOSS	Strasbourg
Magali	F	Diététicienne	PRECCOSS	Strasbourg
Pauline	F	Médecin référent	PRECCOSS	Strasbourg
Grégoire	M	Éducateur médico-sportif	PRECCOSS	Strasbourg
Victor	M	Médecin référent	PRECCOSS	Strasbourg
Marianne	F	Responsable dispositif	PRECCOSS	Strasbourg
Théo	M	Responsable association	Unis Vers le Sport (UVS)	Strasbourg
Quentin	M	Éducateur sportif	UVS	Neuhof
Antoine	M	Éducateur sportif	UVS	Neuhof, Port-du-Rhin
Alexandre	M	Éducateur sportif	PRECCOSS	Strasbourg
Alexia	F	Référente famille	CSC	Port-du-Rhin

Floriane	F	Médecin	MUS	Neuhof
Simon	M	Diététicien	ODE	Mulhouse
Julia	F	Médecin	ODE	Mulhouse
Vincent	M	Éducateur sportif	ODE	Mulhouse
Manon	F	Chargée de projet	ARS	Strasbourg

Tableau 11 : Caractéristiques des professionnel(le)s enquêté(e)s

En conclusion, au cours de cette enquête, il a été nécessaire de prendre en compte la distanciation sociale entre l'enquêteur et l'enquêté et d'adapter les entretiens afin d'obtenir la confiance des personnes interrogées et libérer leur parole (Mauger & Pouly, 2019). Différents types de données – chacune avec leur propre statut – ont été récoltés : entretiens semi-directifs, observations participantes et non-participantes, carnets de bord. En effet, l'étude se concentre principalement sur l'analyse des entretiens semi-directifs entièrement retranscrits. Parallèlement, les données obtenues par les observations participantes ou non et les carnets de bord sont des données complémentaires permettant de conforter ou non les propos recueillis lors des entretiens. Aucun logiciel n'est utilisé pour l'analyse des résultats. Les entretiens retranscrits sont codés et permettent la mise en évidence de processus et non une généralisation. Le faible nombre de personnes enquêtées – notamment au Port-du-Rhin – ne constitue pas nécessairement un obstacle étant donné que l'objectif n'est pas la généralisation (Becker, 2016), mais l'étude de cas particuliers permettant une meilleure compréhension des processus. De plus, l'analyse par étude de cas est compatible avec un recueil de données multiples (Hamel, 1997) comme il en est question dans cette recherche.

Chapitre 3

Influence des caractéristiques résidentielles : effets de quartier et de dispositif

Le terrain de recherche de cette thèse s'effectue sur trois quartiers populaires, deux dans le Bas-Rhin et un dans le Haut-Rhin, où le taux d'enfants en surpoids ou obèses dépasse de trois points la moyenne nationale (18,6% contre 15% en 2012). Parmi les trois quartiers analysés, deux se situent à Strasbourg et bénéficient de l'action PRECCOSS, et un à Mulhouse où un Réseau d'Obésité et de Diabète de l'Enfant (ODE) est mis en place. Ces deux dispositifs vont être analysés afin de mettre en évidence leurs caractéristiques communes et divergentes, et serviront d'exemple de formes d'action publique pour lutter contre le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents. Par ailleurs, ce chapitre permettra de constater (ou non) de possible « effet(s) de dispositif » sur les trois quartiers de l'étude et notamment leurs habitants, plus spécifiquement sur les enfants en surpoids ou obèses orientés vers ces dispositifs de prise en charge et de lutte contre la surcharge pondérale.

Des caractéristiques semblables sont observables dans les trois QPV, comme le taux de chômage élevé ou encore le taux de surpoids et d'obésité infantiles élevé, mais chaque quartier possède également ses propres spécificités. En effet, aucun d'eux ne possède les mêmes offres, ni les mêmes accès à des activités physiques et/ou sportives ou à des dispositifs de prévention et de prise en charge contre le surpoids et l'obésité infantiles. S'inspirant de l'analyse en termes d'« effets de quartier » (« neighborhood effects ») qui suppose que la concentration de la pauvreté dans les quartiers populaires produit des effets sur les habitants et leurs pratiques sociales (Bacqué & Fol, 2007), ce chapitre tentera de montrer comment les spécificités de chaque quartier (caractéristiques morphologiques et sociales, dispositifs publics, aménagements...) peuvent conduire les familles à adopter des pratiques sportives favorisant ou non un style de vie actif¹. Sans oublier qu'à l'intérieur d'un même quartier prioritaire de la politique de la ville de grandes disparités peuvent s'observer entre les familles (Furstenberg, 2001 ; Bernard et al., 2019), en fonction de leur niveau de vie mais aussi de leur logement dans le quartier (maison individuelle, tour d'habitation, habitation collective haute ou basse) (Cayouette-Remblière, 2015).

¹ Dans cette recherche, nous nous appuyons sur les recommandations de santé publique afin de déterminer la place accordée à l'activité physique. Ce sont ces recommandations qui nous permettent de déterminer si l'enfant a un style de vie actif (se rapproche des recommandations) ou non (s'éloigne des recommandations). Cf. encadré de la partie 3.2 du chapitre 2 sur le concept de style de vie actif.

Il s'agira ainsi de vérifier si les rapports à l'activité physique, à l'alimentation et au surpoids chez l'enfant et son entourage sont en partie tributaires du quartier d'habitation et de l'action publique mise en œuvre tout en évitant l'effet illusoire du lieu (Bourdieu, 1993). Les effets de lieu ne sont ni mécaniques, ni uniformes puisqu'ils agissent diversement selon les parcours des familles, les dispositifs de lutte contre l'obésité mis en place et les propriétés spécifiques des quartiers populaires étudiés. Parlant des « cités » et des « grands ensembles », Pierre Bourdieu rappelle également que « *l'essentiel de ce qui se vit et se voit sur le terrain, c'est-à-dire les évidences les plus frappantes, trouve son principe tout à fait ailleurs* » (p.159). « Ailleurs », c'est-à-dire dans la structure de l'espace social.

Les effets de quartier sont les arguments principaux des politiques en tant qu'appui de justification des politiques de logement, d'aménagement et d'urbanisation de ces territoires (Bacqué & Fol, 2007 ; Bourdon et al., 2012). Plusieurs fois ces dernières années, « la thèse de l'effet de quartier a été mobilisée pour légitimer une réorientation des politiques du logement » (Bacqué & Fol, 2007). L'un des quartiers étudiés – Le Port-du-Rhin – fait justement l'objet d'un plan de réaménagement urbain dont l'un des objectifs est la « recherche de mixité sociale » (Bourdon et al., 2012) mais aussi l'amélioration des conditions de vie et de santé des habitants, prévoyant par exemple un agencement favorisant l'activité physique. L'analyse de ce chapitre permettra d'observer si ce réaménagement urbain, les caractéristiques résidentielles et l'histoire de ce quartier ont eu un impact sur la pratique d'activités physiques et/ou sportives auprès des enfants et adolescents en surpoids ou obèses du quartier, ainsi que sur leur prise en charge dans l'un des dispositifs.

Par ailleurs, le fait d'appartenir à un quartier populaire est parfois considéré comme « au moins l'un des éléments explicatifs de comportements individuels jugés négatifs ou peu efficaces en termes d'insertion sociale » (Bacqué & Fol, 2007 : 185). Les habitants de ces quartiers évoquent parfois un sentiment d'insécurité (Pan Ké Shon, 2009 ; Peretti-Watel, 2000 ; Vallet, 2019). Un des derniers objectifs du chapitre sera ainsi de montrer l'impact de ces représentations sur les styles de vie actifs ou non des enfants (et notamment des filles) en surpoids ou obèses.

1. Deux quartiers strasbourgeois bénéficiant de l'action PRECCOSS : entre similarités et hétérogénéité

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville du Neuhof et du Port-du-Rhin à Strasbourg bénéficient tous deux du dispositif PRECCOSS piloté par la municipalité. Des similarités sont observables entre ces deux quartiers populaires, néanmoins ils ont chacun leurs spécificités. Dans un premier temps, et après avoir présenté le dispositif PRECCOSS, l'analyse se concentrera sur le Neuhof où les offres sportives et initiatives associatives et municipales sont nombreuses pour inciter les habitants à être actifs. Néanmoins, une partie des familles fait part d'un sentiment d'insécurité pouvant (ou non) les freiner dans leurs activités comme c'est le cas dans de nombreux quartiers populaires (Vallet, 2019). Puis, il s'agira d'étudier plus précisément le Port-du-Rhin qui fait l'objet d'un plan de rénovation urbaine suite à un contexte historique particulier et où la recherche de mixité sociale est l'objectif premier (Bacqué & Fol, 2007). Cette partie permettra de déterminer si un ou des possible(s) effet(s) de lieux (au sens de Bourdieu) sont observables sur les styles de vie des enfants en surpoids ou obèses et de leur famille au sein de ces quartiers.

1.1 Présence d'un dispositif municipal de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles à Strasbourg

La ville de Strasbourg est un bon exemple de « municipalisation de l'action sanitaire » (Honta et al., 2018) en étant en 2012, une des premières à mettre en place le dispositif Sport Santé sur Ordonnance (SSSO) afin d'accompagner les malades chroniques vers une ou plusieurs activités physiques. Dans la continuité de cette action, depuis septembre 2014, le service promotion de la santé et de la personne de la ville de Strasbourg avec l'aide de partenaires¹ (notamment financiers) a mis en place un dispositif de Prise En Charge Coordinée des enfants Obèses et en Surpoids de Strasbourg (PRECCOSS).

¹ Ville de Strasbourg, ARS, Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, Mutualité Française d'Alsace, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Éducation Nationale, REDOM Jeunes, Les associations sportives (Unis vers le sport et GE Gym), médecins généralistes et pédiatres.

1.1.1 PRECCOSS : un dispositif de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles piloté par la municipalité de Strasbourg

Le dispositif PRECCOSS a été créé dans le cadre du Contrat Local de Santé 2 (CLS2) de la ville de Strasbourg (2015/2020). Il fait notamment partie de l'axe 5 du CLS2 : « *renforcer les actions de nutrition pour diminuer la prévalence du surpoids chez les enfants et lutter contre les maladies chroniques chez les adultes* » (Ville de Strasbourg, 2015, p. 39). Pour avoir un ordre d'idée, en 2016, le dispositif a coûté 380 000 euros et 459033 euros en 2020 incluant le salaire de toute l'équipe, la mise à disposition des locaux et les actions menées par PRECCOSS.

Au départ, ce dispositif était exclusivement mis en place dans trois quartiers prioritaires de la politique de la ville : HautePierre, Cité de l'III et Neuhof. Depuis septembre 2016, suite aux résultats positifs relevés sur ces trois quartiers « pilotes », au renfort de l'équipe PRECCOSS et à une étude de faisabilité, le dispositif a été élargi à tous les quartiers strasbourgeois. En juin 2019, le dispositif s'est étendu aux adolescents et prend donc maintenant en charge tous les enfants, âgés de 3 à 18 ans, en surpoids ou obèses de la ville.

Les personnes incluses dans le dispositif sont des enfants en surpoids ou obèses, âgés de 3 à 18 ans. Une prescription médicale est obligatoire pour la prise en charge au sein de PRECCOSS. L'enfant peut être dépisté et orienté vers le dispositif par un médecin généraliste, un pédiatre ou par l'un des professionnels de santé de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou de la santé scolaire de la ville (Cf. Figure 8).

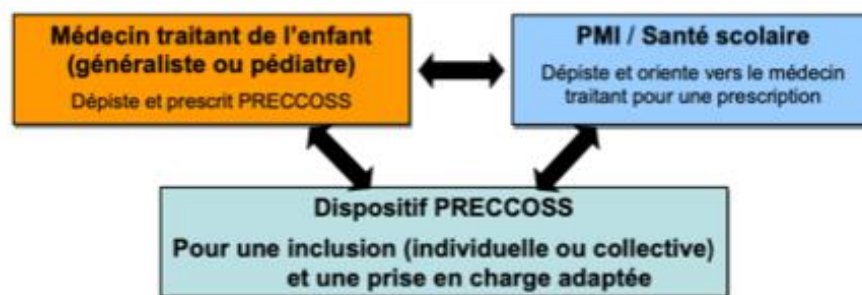


Figure 8 : Orientation des enfants et adolescents vers le dispositif PRECCOSS¹

¹ Source : Mutzig et al., 2019. Rapport d'activité PRECCOSS 2019, service promotion de la santé et de la personne.

Néanmoins, seul le médecin traitant de l'enfant peut établir l'ordonnance obligatoire pour intégrer PRECCOSS. La durée de prise en charge est de deux ans au maximum afin de suivre les recommandations de l'HAS. Passé ce délai, en ce qui concerne l'activité physique, les enfants et leur famille sont réorientés vers des clubs sportifs ordinaires ou des associations sportives. Pour l'alimentation comme pour le suivi psychologique, la famille peut être réorientée vers un professionnel de santé hors du dispositif.

Déroulement d'un atelier d'activité physique au Neuhof

Tous les samedi matin, de 10h à 12h, des ateliers d'activité physique ont lieu au centre sportif Sud du Neuhof. Ces ateliers sont réservés aux enfants âgés de 6 à 12 ans (même si des exceptions sont faites) et sont encadrés par des éducateurs sportifs issus de la filière STAPS Activité Physique Adapté de Santé. Un des éducateurs fait part du fonctionnement de ces ateliers.

« La séance se déroule en trois parties. Donc on a un accueil des enfants, ensuite bah un échauffement classique, puis ensuite on fait des petits ateliers pour travailler leur motricité, leur coordination euh l'endurance, leur manière de courir vraiment globale. Et ensuite on leur fait découvrir chaque semaine une nouvelle activité sportive pour essayer justement de les amener à... plus tard s'ils veulent sortir du dispositif euh, rentrer dans un club euh normal on va dire entre guillemets. (...) L'objectif est d'essayer de leur donner goût à l'activité physique pour certains qui en ont jamais fait et pour d'autres qui ont des gros problèmes de motricité de les aider à acquérir une motricité de base on va dire. (...) J'essaye de... en fait je fais ça par cycle, j'essaye de faire une semaine sport collectif, une semaine sport individuel, une semaine grand jeu collectif sans matériel. Oui je fais ça, je fais des cycles de trois quatre semaines » (Éducateur sportif, Neuhof).

Lors de la mise en place du dispositif PRECCOSS, munis de l'ordonnance médicale, l'enfant et sa famille devaient prendre contact avec l'infirmière référente pour une première rencontre. C'est elle qui coordonnait « la prise en charge pluridisciplinaire avec la famille en proposant des rendez-vous avec la diététicienne, l'éducateur médico-sportif et la psychologue » (Signorini et al., 2015, p. 10). Le dispositif d'inclusion a depuis évolué et est

régulièrement revu par l'équipe afin de permettre au plus grand nombre d'enfant d'intégrer le dispositif le plus rapidement possible. Aujourd'hui, deux possibilités d'inclusion coexistent : la collective et l'individuelle (Cf. Annexe 13). La première permet à l'enfant et ses parents de rencontrer sur une demi-journée l'ensemble des professionnels, tandis que la seconde est réalisée uniquement en présence de l'infirmière référente qui les orientera par la suite vers un ou plusieurs professionnels selon ses besoins. Dans tous les cas, l'enfant peut donc bénéficier d'ateliers d'activités physiques adaptées, d'ateliers de cuisine et/ou de consultation psychologique en fonction de sa volonté et de sa situation.

1.1.2 Rapports d'activité de PRECCOSS : de nombreux enfants en surpoids ou obèses n'intègrent pas le dispositif ou en sortent rapidement

Chaque année, un rapport d'activité est rédigé par l'équipe du dispositif PRECCOSS. Ces rapports permettent de se rendre compte du nombre d'enfants inclus dans le dispositif mais également d'observer un certain nombre de famille qui décident d'en sortir ou bien qui sont « perdues de vue », c'est-à-dire qu'elles n'ont participé à aucune des activités collectives ou des consultations individuelles depuis plus de 6 mois. D'après ces données chiffrées, 627 enfants ont été inclus dans le dispositif PRECCOSS entre septembre 2014 et décembre 2019 (Signorini et al., 2015 ; 2016 ; 2017 ; Mutzig et al., 2018 ; 2019). Depuis le début, 224 familles ont été considérées comme perdues de vue et 36 sont sorties du dispositif (Cf. Tableau 12).

Nombre d'enfants	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Inclus ¹	81	87	97	96	89	177	142	747
File active ²	/	137	156	201	202	222	264	/
Perdus de vue ³	/	60	81	49	9	25	9	233
Sortis ⁴	/	5	20	6	4	7	4	51

Tableau 12 : Répartition des enfants selon le type de population considérée et par année⁵

Lors d'un entretien au mois de février 2020, la responsable de l'équipe PRECCOSS fait part d'un autre constat. L'analyse des rapports d'activité de 2018 et 2019, a montré que 80% des enfants en surpoids ou obèses orientés vers le dispositif ne donnent finalement pas suite et n'accèdent ou ne bénéficient pas de PRECCOSS. Ces données ne sont pas satisfaisantes pour l'adjoint au maire de la ville de Strasbourg, chargé de la santé, le Dr Alexandre Feltz. Il souhaite

¹ Pour qu'un enfant soit considéré comme inclus dans le dispositif, il doit avoir au minimum participé à une première consultation d'inclusion collective ou individuelle avec l'infirmière coordinatrice de PRECCOSS.

² La file active correspond au nombre de familles ayant participé à l'inclusion et à au moins une consultation individuelle de suivi, ou à au moins un atelier collectif entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une même année.

³ Pour considérer qu'une famille est « perdue de vue », il faut qu'elle soit non officiellement sortie du dispositif mais qu'elle n'ait plus participé depuis au moins 6 mois ni à aucune consultation par l'un des membres de l'équipe pluridisciplinaire, ni à aucun atelier collectif.

⁴ Pour considérer qu'une famille est sortie du dispositif, il faut qu'elle soit officiellement sortie du dispositif, soit à la demande de la famille, soit par décision commune entre l'équipe et la famille de mettre fin à la prise en charge.

⁵ Sources tirées des différents rapports d'activité PRECCOSS (Signorini et al., 2015 ; 2016 ; 2017 ; Mutzig et al., 2018 ; 2019 ; Maison Sport Santé, 2020).

que des actions soient menées pour inclure davantage d'enfants et de familles dans le dispositif.

Finalement, en 7 ans (septembre 2014 à décembre 2020), le dispositif a permis d'inclure 747 familles dont au moins un des enfants a été diagnostiqué en surpoids ou obèse. Pourtant, d'après les données annuelles de la santé scolaire de Strasbourg des enfants de grande section de maternelle des écoles de la ville, 14,3% des enfants âgés de 5 à 6 ans sont en surpoids ou obèses. Ce chiffre est d'autant plus élevé dans les quartiers populaires allant jusqu'à plus de 20% dans les quartiers Elsau, Port-du-Rhin et Neuhof. De plus, dans la catégorie des 5-6 ans à Strasbourg, les filles semblent être davantage touchées par le surpoids ou l'obésité que les garçons (Cf. Tableau 13). Plusieurs recherches au niveau national vont dans le même sens et montrent que les enfants issus des quartiers populaires ont plus de risque d'être en surpoids ou obèses (Poulain, 2009 ; de Saint Pol, 2013 ; Praznocy et al., 2017).

Quartier	Filles (%)	Garçons (%)	Moyenne (%)
Quartiers populaires	21,9	15,6	18,8
Quartiers moyennement populaire	18,6	15,4	16,9
Quartiers moyennement aisés	14	10,9	12,4
Quartiers aisés	6,1	7	6,6
Strasbourg	16	12,6	14,3

Tableau 13 : Proportion d'enfants de 5-6 ans en surpoids ou obèses, scolarisés en grande section de maternelle à Strasbourg, selon le type de quartier de résidence en 2014-2017¹

Les ateliers d'activité physique proposés par le dispositif PRECCOSS se déroulent dans cinq quartiers de la ville de Strasbourg (Cité de l'Ill, Elsau-Montagne verte, Gare-Centre-Koenigshoffen, Hautepierre-Cronembourg et Neuhof-Meinau). Le nombre d'enfants présents en 2017 lors de ces ateliers évolue en fonction du quartier et de la tranche d'âge (Cf. Tableau 14).

¹ Source rapport d'activité PRECCOSS 2017 (Signorini et al., 2017). Données recueillies grâce aux bilans infirmiers/médecins de la ville de Strasbourg auprès des élèves de grande section de maternelle des établissements publics de Strasbourg de 2014 à 2017.

	Année	Cité de l'III	Elsau – Montagne verte	Gare – Centre – Koenigshoffen	Hautepierre – Cronembourg	Neuhof – Meinau	Moyenne
Ateliers 3-6 ans	2016-2017	/	/	/	3	/	3
	2018-2019	/	/	/	4	/	4
Ateliers 6-12 ans	2016-2017	3	3	7	8	12	7
	2018-2019	6	5	6	9	8	7
Ateliers + de 12 ans	2016-2017	/	/	/	4	2	4
	2018-2019	/	/	1	2	/	1

Tableau 14 : Nombre moyen de participants par quartier et par tranche d'âge¹

Finalement, très peu d'enfants participent à ces ateliers d'activité physique comparativement au nombre d'enfants inclus dans le dispositif (Cf. Tableau 12 et Tableau 14). Cela pourrait s'expliquer par le fait que tous les enfants inclus ne sont pas orientés vers les ateliers collectifs d'activité physique. L'offre est adaptée en fonction des besoins de chaque enfant mais également de sa volonté ainsi que de celle de sa famille. Certains enfants pratiquant déjà suffisamment d'activité physique en dehors du dispositif, le travail au sein de PRECCOSS s'axe davantage autour de la prise en charge diététique et/ou psychologique. D'après une éducatrice sportive, certains parents refusent que leur enfant participe à ces ateliers d'activité physique, et souhaitent uniquement participer aux ateliers diététiques. L'inverse se constate également. D'autre part, les horaires de ces ateliers d'activité physique ne sont pas toujours compatibles avec les impératifs de l'enfant et de ses parents.

¹ Source : Signorini et al., 2017, p. 48 ; Mutzig et al., 2019, p. 37-38.

1.2 Le Neuhof : un sentiment d'insécurité et de manque d'offres malgré plusieurs dispositifs et associations implantés dans le quartier

Le Neuhof fait partie des trois quartiers prioritaires de la politique de la ville ayant bénéficié du dispositif PRECCOSS dès son lancement en septembre 2014 de par ses caractéristiques sociodémographiques détaillées dans une première sous-partie. Ce quartier est doté de plusieurs infrastructures et associations sportives, pourtant les personnes interrogées font part d'un sentiment de manque d'offres et craignent d'y souffrir d'insécurité.

1.2.1 Quelques données sociodémographiques sur le Neuhof

Le quartier du Neuhof (QP067016) fait partie des quartiers prioritaires de la politique de la ville. En 2013, il comptait 16 800 habitants, avec une part conséquente de jeunes (43,1%), d'étrangers (21,2%) et de familles monoparentales (22,1%) (Cf. Tableau 15). Ci-dessous, l'illustration avec les limites du quartier.

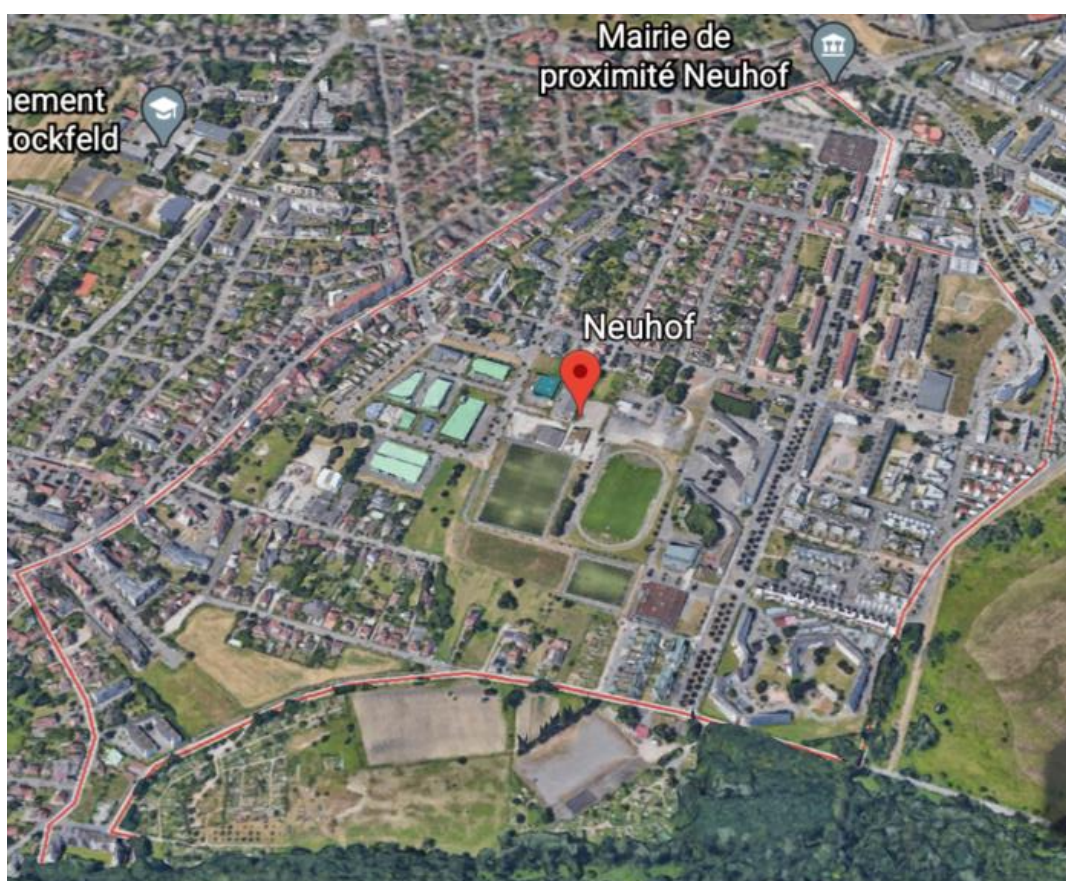


Illustration 1 : Limite du Neuhof (capture d'écran Google earth)

Informations	Données Neuhof	Données QPV Alsace	Source	Date
Population	16 800		INSEE	2013
Part des femmes	51,6%	51,7	INSEE	2010
Part des étrangers	21,2%	24%	INSEE	2010
Indice de jeunesse	2,5	2	INSEE	2010
Part des 18-24 ans	11,6%		INSEE	2011
Part des familles monoparentales	22,1%	15,9%	INSEE	2010
Moins de 24 ans	43,1%		INSEE	2011

Tableau 15 : Données sociodémographiques sur le quartier du Neuhof

Le quartier du Neuhof, tout comme les autres quartiers prioritaires de la politique de la ville, concentre une part élevée de sa population vivant sous le seuil de pauvreté. En effet, d'après les données de l'INSEE datant de 2012, le revenu médian annuel disponible par unité de consommation est de 8 000 €. De ce fait, de nombreux foyers (29,5%) sont dépendants des prestations sociales de l'État pour vivre et le taux de scolarisation des jeunes âgés de 16 à 24 ans est plus faible en comparaison à d'autres QPV (47,4% contre 50,3%) (Cf. Tableau 16).

Informations	Données Neuhof	Données QPV Alsace	Source	Date
Revenus médians disponibles par Unité de Consommation (UC)	8 000 €	9 342 €	INSEE/Filosofi	2012
Taux de scolarisation des 16/24 ans	47,4%	50,3%	INSEE	2010
Part des revenus d'activité	53,3%		INSEE/Filosofi	2012
Part des prestations sociales	29,5%		INSEE/Filosofi	2012

Tableau 16 : Données sociodémographiques sur les ressources économiques de la population du Neuhof

D'après les données de 2014 recueillies auprès des élèves de 6^{ème} des établissements publics, le quartier du Neuhof est l'un des QPV où le pourcentage d'enfants en surpoids ou obèses est le plus élevé. 34% des sixièmes du quartier Neuhof-Meinau sont concernés par un surpoids ou de l'obésité (données obtenues par le calcul de l'IMC des élèves). C'est plus que

dans l'ensemble des QPV de Strasbourg (31%), des QPV d'Alsace (30%), de Strasbourg (26%) et d'Alsace (22%) (Cf. Tableau 17). Ces données reflètent bien les différentes études sociologiques mettant en avant le fait que les quartiers prioritaires de la politique de la ville sont davantage touchés par le surpoids et l'obésité, aussi bien chez les adultes que chez les enfants (Boltanski, 1971 ; Poulain, 2009).

	Effectifs d'élèves de 6 ^{ème} interrogés	Absence de petit déjeuner le matin (1)	Prise de collation matinale (2)	Grignotage entre les repas (3)	Moins de 5 fruits et légumes par jour (4)	Boissons sucrées à table (5)	Trajets maison/école actifs (6)	2 h. ou + d'activité sportive hebdomadaire (7)	Surpoids (y compris obésité) (8)	Avis de vision non corrigée (9)	Brossage des dents irrégulier ou absent (10)	Temps de sommeil court (< 10 h.) (11)
QPV : Strasbourg Neuhof - Meinau	184	27%	46%	51%	81%	32%	76%	36%	34%	13%	20%	47%
Ensemble des QPV de Strasbourg	661	22%	44%	46%	79%	27%	63%	41%	31%	12%	20%	47%
Ensemble des QPV d'Alsace	1 612	23%	47%	43%	86%	25%	64%	39%	30%	14%	20%	44%
Strasbourg	1 403	19%	40%	39%	79%	21%	64%	45%	26%	11%	14%	45%
Hors QPV ou sans adresse	11 087	12%	32%	24%	88%	15%	35%	56%	21%	9%	9%	38%
Alsace	12 699	14%	34%	27%	88%	16%	39%	54%	22%	10%	10%	39%

(1) Proportion d'élèves déclarant ne pas prendre un petit déjeuner le matin, les jours d'école.
(2) Proportion d'élèves déclarant prendre un goûter à l'école le matin.
(3) Proportion d'élèves déclarant grignoter entre les repas.
(4) Proportion d'élèves déclarant manger aucun ou de 1 à 4 fruits et légumes par jour.
(5) Proportion d'élèves déclarant boire principalement des boissons sucrées à table.

(6) Proportion d'élèves déclarant la marche à pied ou le vélo comme principal moyen de locomotion pour aller à l'école.
(7) Proportion d'élèves déclarant pratiquer au moins deux heures d'activités sportives en club ou UNSS en dehors de l'école.
(8) Statut pondéral déterminé à partir de l'IMC (rapport poids/taille), le sexe et l'âge de l'élève, selon les références de l'International Obesity Task Force.

(9) Examen réalisé avec lunettes si l'enfant est déjà équipé. Il ne s'agit pas tant de vérifier la vue de l'enfant que la qualité de sa correction, lorsqu'il en a une, ou le besoin de correction.
(10) Proportion d'élèves déclarant ne jamais se brosser les dents ou de façon irrégulière.
(11) Temps calculé à partir de l'heure de coucher et de l'heure de réveil les jours d'école déclarés par les élèves.

Sources : Rectorat de l'Académie de Strasbourg 2014, Géoréférencement « web service du CGET » - Exploitation ORS Alsace

Tableau 17 : Résultats bilans infirmiers réalisés par les personnels de l'Éducation Nationale auprès des élèves de 6^{ème} des établissements publics en 2014¹

Dans le cadre de cette thèse, il paraissait donc pertinent de sélectionner le quartier du Neuhof, un des premiers quartiers inclus dans le dispositif PRECCOSS (dès septembre 2014 aux côtés de deux autres QPV de Strasbourg), mais également un quartier où le taux d'enfants en surpoids et obèses est supérieur à la moyenne des QPV de Strasbourg et d'Alsace. Pourtant, plusieurs structures sont implantées dans le quartier hormis le dispositif PRECCOSS. L'office des sports de Strasbourg répertorie 28 associations² proposant des activités physiques et sportives sur ce territoire en 2020. Néanmoins, en analysant plus en détail les fiches de présentation de ces associations, il apparaît une faible variété dans le choix des pratiques sportives, avec principalement des activités nautiques (natation, aquagym), de combat (boxe, Muay Thai, Taekwondo, Karaté), de vol³ (vol à moteur, vol à voile, vol d'initiation), collectives

¹ Source : Rectorat de l'académie de Strasbourg 2014, Géoréférencement « web service du CGET », exploitation ORS Alsace.

² <https://ods67.com/faire-du-sport/rechercher-un-club/page/2/?quartierguide=NEUHOF>

³ Il y a un aéroport situé dans le quartier du Neuhof.

(football et volley-ball), de gymnastique (step, gymnastique artistique, forme et loisirs). De plus, peu d'activités sont accessibles pour les enfants mis à part l'éveil à la gym, l'école de natation, le football et certains sports de combats. Le choix reste donc limité au niveau des activités physiques et sportives encadrées. En comparaison avec d'autres quartiers de la ville de Strasbourg (notamment des quartiers où les caractéristiques sociodémographiques des habitants sont plus favorables), le Neuhof est effectivement plus dépourvu en offre sportive au sein de clubs. Le double de clubs sportifs est répertorié dans le quartier Neudorf-Musau ainsi que dans celui de la Robertsau. En dehors des clubs sportifs, le centre social et culturel du Neuhof propose quelques activités physiques¹ gratuites ou tarifées en fonction du quotient familial : pilâtes, yoga, cardio-boxe, Jiu-jitsu brésilien, Zumba, Capoeira, marche nordique, activité gymnique et expression. Seules une ou deux activités semblent être autorisées aux enfants et/ou adolescents.

D'un point de vue médical, depuis 2010, une maison de santé est ancrée dans le quartier. Cela permet d'avoir un ensemble de professionnels du domaine médical regroupés dans un même lieu. Mais, les médecins généralistes prescripteurs de PRECCOSS n'orientent pas toujours les enfants en surpoids ou obèses et leur famille vers le dispositif².

1.2.2 Un réseau de santé important dans le quartier mais des orientations vers le dispositif PRECCOSS limitées

Le Neuhof est un quartier prioritaire de la politique de la ville bénéficiant d'une maison de santé depuis le 8 mars 2010. Quatre ans plus tard, en 2014, l'association cité santé est créée au sein de la maison de santé afin de mener des actions de prévention et de sensibilisation. Les maisons de santé existent en France depuis 2007³, elles ont été mises en place pour permettre aux professionnels libéraux de la santé d'exercer en collectif. Dans chaque maison de santé exercent plusieurs professionnels (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes...). En contrepartie, ces professionnels sont dans l'obligation de

¹ Cf. <https://cscneuhof.eu/sport>

² Ce point sera développé et expliqué dans la partie suivante (0 Un réseau de santé important sur le quartier mais des orientations vers le dispositif PRECCOSS pas systématiques) de ce chapitre 3.

³ Loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007.

mettre en place un projet de santé pour mettre en avant leur travail collectif et au service de la population du quartier. Ils sont aidés financièrement par les agences régionales de santé et doivent rendre compte d'objectifs pluriannuels. Ces structures se sont largement développées (174 en 2012 contre 910 en 2017) notamment dans les quartiers populaires où l'objectif est de réduire au maximum les inégalités sociales de santé (Cachard, 2020).

La maison de santé du Neuhof regroupe un cabinet d'orthophonie, de kinésithérapie, de médecine générale, d'infirmier, d'aide aux personnes âgées, de conseil conjugal et familial, de laboratoire d'analyses médicales, des consultations jeunes (Point d'Accueil Écoute Jeunes et Consultations Jeunes Consommateurs), d'intervenants sociaux, de tabacologue, d'administration et association, d'un dentiste.

Chaque médecin du cabinet médical peut orienter les enfants en surpoids ou obèses vers PRECCOSS, mais même s'ils conservent une liste de ceux qu'ils ont adressés au dispositif, pour des raisons de confidentialités, elle n'est pas divulguée aux autres professionnels. Il est donc difficile de savoir combien de familles sont orientées sans finalement entrer dans la démarche PRECCOSS. Néanmoins, d'après les dires des médecins et des professionnels du dispositif, 80% des enfants initialement adressés ne bénéficieraient pas au final de PRECCOSS, tendance d'ailleurs confirmée par l'un des médecins prescripteurs.

**Tous les enfants en surpoids ou obèses ne sont pas orientés vers le dispositif PRECCOSS
par les médecins prescripteurs**

Le premier constat est qu'aujourd'hui encore le médecin rencontré « oriente fréquemment des enfants vers le dispositif PRECCOSS » (Médecin Neuhof, Maison de santé).

Le deuxième constat est que les parents « viennent rarement pour parler du poids des enfants, ils viennent parce qu'il faut faire un vaccin, parce qu'il faut un certificat, parce qu'ils ont la grippe... Et moi systématiquement je pèse et je mesure les enfants et avec les parents on regarde les courbes de croissance. Et quand je vois que ça devient... que ça sort vraiment des courbes et en tout cas qu'il y a une grande différence entre la taille, le poids bah du coup j'en parle avec les parents, avec l'enfant s'il est plus grand directement sans passer par les parents ».

Le troisième constat est le fait que prescrire une ordonnance pour PRECCOSS ne signifie pas que la famille s'y rendra, d'autant plus si elle ne se sent pas concernée. C'est pourquoi, le médecin « leur demande si c'est un problème si l'enfant il ressent ça comme un problème. Si l'enfant ne le ressent pas comme un problème et que les parents ne le ressentent pas comme un problème c'est difficile. Je sais que même si je parle de PRECCOSS ou que je fais l'ordonnance ils ne vont pas y aller parce que finalement ça ne les concerne pas. Et des fois et ça arrive souvent, où l'enfant il dit bah oui à l'école on se moque de moi, j'ai du mal à courir, y a plein de sorte de moment où c'est problématique pour eux. Et du coup je leur demande s'ils ont déjà essayé de faire quelque chose et s'ils ont besoin d'aide. Et donc là s'ils ont besoin d'aide je leur parle du dispositif PRECCOSS en expliquant les trois volets du dispositif, le fait que ça peut se passer vraiment dans le quartier et en général s'ils accrochent c'est eux qui me demandent en disant oui, oui je voudrai bien la prescription. Avant, enfin il y a un ou deux ans je faisais la prescription systématique et en fait ça marche pas parce que les gens ils y vont pas, parce que ils s'emparent pas de ça et du coup je trouve qu'on grille une carte à vouloir l'imposer aux gens sans réfléchir avec eux. Et si ça se goupille bien dans la consulte c'est même les parents qui demandent et ils reviennent parfois en disant j'ai perdu l'ordonnance est-ce que vous pouvez me la refaire et là ça marche mieux je trouve. Alors je fais moins d'ordonnances qu'avant mais je pense que les gens y vont plus ».

Finally, after realizing that all children oriented do not necessarily end up in the PRECCOSS device, this doctor chose to change strategy and no longer systematically orient children concerned towards the device.

Thus for the doctor encountered, the decision of non-prescription would come from the lack of motivation of the beneficiary (here the child and/or at least one of his parents). In comparison with another study carried out among Vosges doctors, the lack of motivation of the patient is the main reason evoked by these latter to justify the non-prescription of physical activity (88,30%). Other barriers are the lack of time (41,7%), the financial burden (31,7%), the lack of information (23,3%), the lack of knowledge (16,7%) and finally the lack of motivation of the doctor (8,3%) (Barthel, 2017). Several other studies (Gérin et al., 2015 ; Bauder et al., 2018), also focused on the prescription of physical activity among chronic patients, are in this sense, putting forward the lack of time of doctors, the lack of financial means and the lack of knowledge of devices. It is necessary to note that, unlike other territories, the Neuhof has a urban health house that works in close collaboration with the PRECCOSS device and seems to be provided with motivated and knowledgeable prescribers. Social health inequalities remain very marked in France, the appearance of COVID-19 and the confinement have allowed to quickly confirm this (Gelly & Pitti, 2016 ; Noûs, 2019).

The obtaining of a prescription by the treating doctor does not mean that the child and his family will automatically integrate the PRECCOSS device, it is even more complex to quantify the number of overweight or obese children in the neighborhood. Finally, the PRECCOSS action does not allow to take care of all children concerned by this problem. Beyond this constat, many families in the neighborhood lack physical activities nearby.

1.2.3 Des activités physiques et de loisirs proposées dans le quartier pas assez développées selon les familles rencontrées

Le lieu de vie peut avoir un impact sur la pratique d'activités physiques et sportives (Gasparini & Vieille Marchiset, 2015). C'est en tout cas le constat qui peut être fait pour le quartier du Neuhof. En effet, un des freins mis en avant par les familles (enfant en surpoids ou obèse et/ou ses parents) est le manque d'offre de pratiques sportives encadrées dans le quartier. Ce ressenti a été clairement mis en avant par au moins six familles (sur 11) de l'étude pour lesquelles il a été parfois impossible d'adhérer faute de place car trop de demandes pour certaines activités, ou d'autres fois ce sont les pratiques sportives souhaitées qui ne sont pas proposées à proximité.

Un manque d'offre et de communication qui n'incite pas à la pratique sportive

Propos recueillis auprès de Chloé âgée de 15 ans et de sa mère. Elle a participé au dispositif PRECCOSS mais n'en fait actuellement plus partie et a testé de nombreuses activités physiques dans et hors le quartier Neuhof. L'année dernière elle était inscrite à la savate forme avec des amies et sa mère.

Néanmoins, Chloé n'y est pas restée longtemps car d'après sa mère « *le souci c'est que la fréquentation c'est vraiment femmes plus âgées que moi, donc elles étaient pas trop intégrées au groupe. Quand elles allaient pas... Elles étaient un groupe d'amies à s'être inscrit mais dès qu'il y en a une qui voulait pas y aller du coup elles y allaient pas, elles étaient pas... c'était le groupe qui motivait en fait au départ* ».

Ensuite, la mère explique qu'« *on n'est pas trop trop bien, il n'y a pas trop de choix je trouve dans le quartier ici. Il y a la SPN mais bon la gym elle veut pas reprendre non plus. Parce que tu penses que c'est trop tard. Euh parce qu'elles faisaient de la gym à un certain niveau toutes les deux quoi. Après bon voilà les autres petits trucs qui sont proposés c'est pas super motivant. Je sais qu'il y a le yoga là samedi matin le yoga au gymnase du stockfeld. Mais bon elles veulent même pas essayer. Sinon après faut aller au-delà, faut prendre la voiture, faut vraiment faire une démarche. Comme hein pour la danse c'était la villa Illkirch, là maintenant il y aurait de la danse éventuellement à la meinau. Toi tu pourrais aller voir aussi hein ?* »

La mère reprend que « *c'est vrai dans le quartier je trouve que ça manque peut-être un petit peu de proposition, de club, au niveau de la variété c'est pas... à moins qu'on soit pas au courant du coup. Parce que c'est vrai que l'activité yoga euh y a yoga, pilâtes tout ça pour les enfants au stockfeld le samedi matin, je l'ai vu par hasard, il y avait une affiche chez l'opticien au Neuhof. Mais sinon on n'est pas trop mis au courant* ».

Elle met en avant le fait « *qu'avec l'affichage il faut que les gens aillent vers, il n'y a pas de distribution dans les boites aux lettres par exemple, d'un programme euh... Ce serait bien effectivement par exemple, je crois que c'est la maison des associations ils ont les programmes des gymnases. Oui ce serait bien qu'ils fassent ça, distribuer un fascicule avant la rentrée, style voilà dans ce gymnase à ces horaires là il y a ça et ça, il faut s'adresser là et là, etc. Car on a quoi comme gymnase, on a le gymnase Reuss qui est pas très loin non plus, on a le gymnase de stockfeld, l'autre gymnase de stockfeld de l'école primaire, bon là il y a que la gym je crois, il y a rien d'autre* ».

Ainsi, des activités sont proposées dans le quartier mais pas toujours adaptées pour les enfants, comme le montre l'exemple de la savate forme. De plus, certaines pratiques ne sont pas réalisables au Neuhof et il est nécessaire de se déplacer plus loin, de sortir du quartier. Pourtant, dans ce cas, la mère met en avant les différents lieux de pratique présents dans le quartier mais où d'après elle rien n'est proposé. D'ailleurs, plusieurs études ont déjà montré que l'offre sportive dans les quartiers populaires, notamment dans des clubs sportifs, est limitée (Gasparini & Vieille Marchiset, 2008 ; Gasparini, 2015). Par contre, d'autres modes d'activités physiques peuvent se développer dans ces quartiers où l'on observe une diversité de pratiques sportives (Gasparini & Vieille Marchiset, 2008). Autre point négatif, le manque de communication sur les activités mises en place a pour conséquence d'obtenir tardivement des informations sur une pratique ou un événement se déroulant à proximité. La découverte des activités se fait en partie par hasard au détour d'un rendez-vous ou d'une course réalisée dans le quartier. Par exemple, d'après les propos de Chloé, pour la savate forme, l'information avait circulé au super U de quartier.

Pourtant, d'autres propositions sont faites aux familles, par exemple dans le cadre de l'école. D'après un éducateur sportif intervenant dans le quartier du Neuhof, des activités sportives¹ se déroulent

« au gymnase Reuss, c'était entre midi et deux, c'était avec les enfants de l'école de Reuss qui après la cantine venaient au gymnase pour faire des activités et après on les ramenait en cours. Et j'ai fait les vacances aussi euh, c'était des sortes de programmes vacances scolaires pour les enfants du Neuhof à Reuss du coup »
(Éducateur sportif, Neuhof).

D'après lui, les activités proposées entre midi et deux étaient peu fréquentées (6-7 enfants en moyenne). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les cantines scolaires (au primaire et au collège) sont peu fréquentées par les enfants des classes populaires qui rentrent manger chez eux le midi, pour des raisons financières et/ou culturelles (Ginioux et al., 2006 ; Tichit, 2012). Tandis que pendant les vacances scolaires une trentaine d'enfants du quartier venaient y participer. Parmi eux, plusieurs enfants étaient en surcharge pondérale. Il explique aussi : *« justement bah j'ai revu des enfants que j'encadrais là pendant les séjours vacances qui sont justement dans le dispositif PRECCOSS »*.

Une cartographie interactive² de l'offre d'activités physiques dans le quartier a été réalisée en 2017 par des étudiantes de Master 1 APAS-ID³ (Gerrer et al., 2017). Cela permet de situer les équipements et lieux de pratique sportive (terrains de tennis, centres sportifs, stades, gymnases, piscine, Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante (EHPAD), centre socio culturel, aires de jeux, terrains de sports, squares, parcs et écoles disponibles dans la limite du QPV. De plus, les étudiantes ont recensé sur chacun de ces équipements les activités physiques proposées par les associations en précisant les jours, le type et les horaires des pratiques.

¹ Ces activités sont proposées par l'association Unis Vers le Sport dans le cadre du programme « Déjeuner Sport ! » <https://www.unisverslesport.com/dejeuner-sport>

² <http://u.osmfr.org/m/130509/> (lien de la carte interactive).

³ Gerrer, E., Husson, C. et Burin Chu, S. (2017), Le sport se cache derrière votre quartier... Trouver, bouger et amusez-vous !!!, Travail d'études de première année de Master STAPS - Activités physiques adaptées et santé - Ingénierie et développement, Strasbourg.

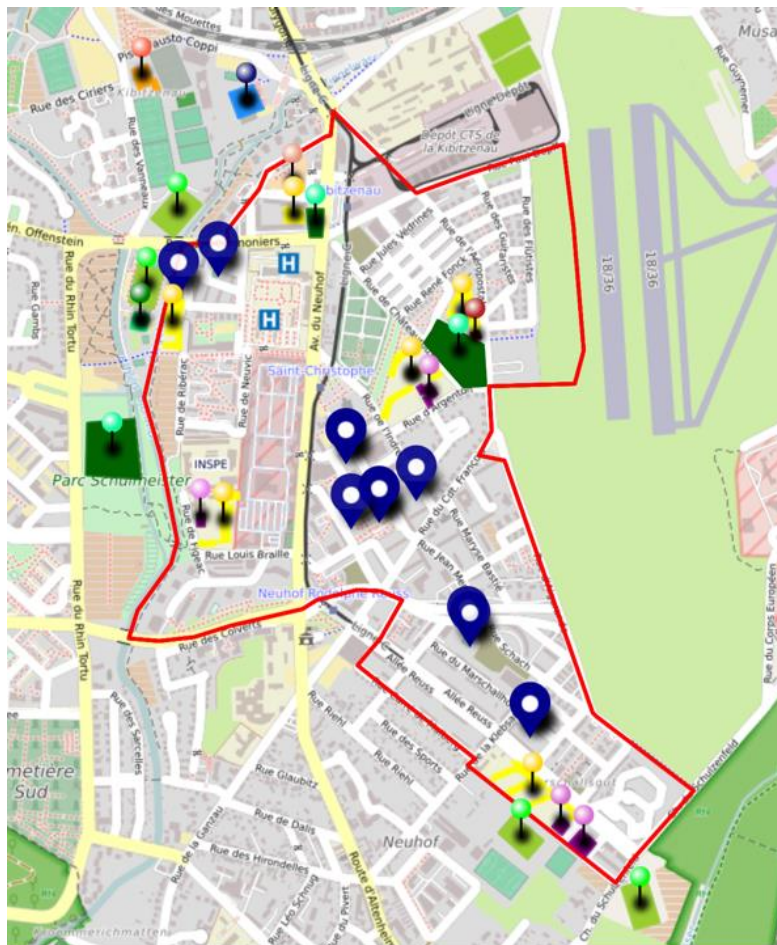


Illustration 2 : Cartographie interactive de l'offre sportive dans le QPV du Neuhof

Ci-contre, l'illustration de la carte interactive avec la délimitation du QPV du Neuhof en rouge, les équipements non conventionnels (points bleus sur les aires de jeu et terrains de sport), les établissements scolaires (points jaunes), les stades et terrains de tennis (points verts). À l'extérieur de la limite du QPV, sont représentés la piscine de la Kibitzenau (point bleu) et le centre sportif où par exemple les activités physiques collectives PRECCOSS se déroulent (point rouge).

En fonction de l'illustration 2 ci-dessus, des constats faits par les étudiantes en Master 1 APAS-ID et les observations réalisées lors de la recherche, plusieurs constats peuvent être posés et rejoignent les conclusions décrites plus haut. Tout d'abord en termes d'équipements sportifs, leur localisation est principalement en dehors de la limite QPV (comme par exemple pour la piscine) et il y a peu de pistes cyclables matérialisées dans le quartier. En revanche, il y a plusieurs gymnases bien équipés et une forte existence d'équipements dit « non conventionnels » (aires de jeux ou terrains de sport) dans différents endroits à l'intérieur de la limite QPV. D'après les observations des étudiants en Master 1 APAS-ID, les équipements « non conventionnels » seraient peu utilisés et les offres proposées dans les gymnases ne proposent pas de créneaux spécifiques pour les enfants ou adolescents en surpoids ou obèses (Gerrer et al., 2017).

Autre constat, aucun Vitaboucle¹ – sur les 26 existant actuellement – ne passe pour le moment par le quartier du Neuhof. Ci-dessous (Illustration 3), une carte des parcours Vitaboucle existant à Strasbourg permet de s'en rendre compte. Le quartier du Neuhof (délimité par un cercle jaune) ne bénéficie d'aucun parcours.

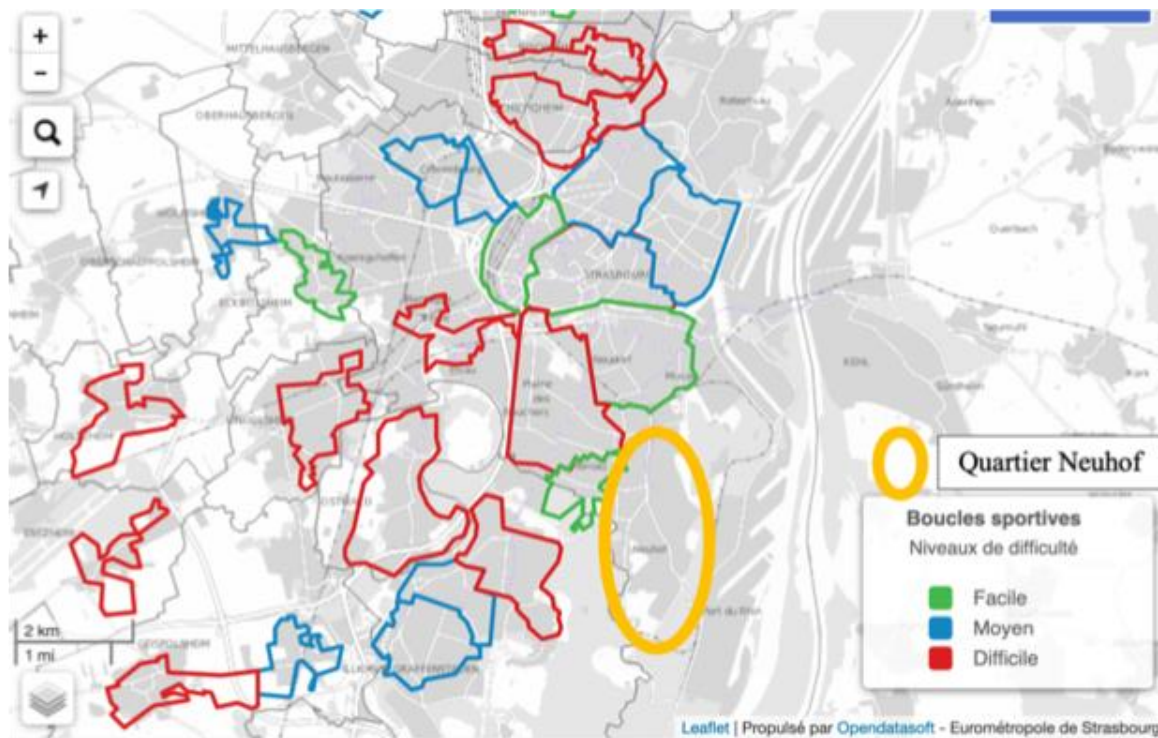


Illustration 3 : Carte des parcours Vitaboucle à Strasbourg²

Ainsi, il existe bien des opportunités pour faire de l'activité physique dans le quartier mais elles ne sont pas encore assez exploitées et diversifiées.

¹ Ce sont des parcours de santé urbain balisés, accessibles à tous gratuitement, en marchant ou en courant. Il en existe 26 sur l'Eurométropole (dont 9 à Strasbourg) avec des niveaux de difficultés variés et ont été progressivement mis en place depuis avril 2015.

² Source : <https://www.strasbourg.eu/vitaboucle>

Parfois, l'information sur les offres de pratique sportive disponibles dans le quartier circule mais le nombre de place étant limité et la demande très forte, certaines activités sont prises d'assaut et il faut attendre parfois plusieurs années avant de pouvoir s'y inscrire.

Des activités prises d'assaut et un manque de place laissant des enfants de côté

Propos recueillis auprès de Sacha, âgé de 9 ans et de sa mère, qui font partie du dispositif PRECCOSS. Sacha a un grand frère et un petit frère. Sacha, le grand-frère et la mère font respectivement de la natation, du water-polo et de l'aquagym à la piscine de la Kibitzenau.

La mère explique son intention pour le petit frère. Elle « *voulait aussi l'inscrire à la piscine mais il y avait pas de place. Et euh en fait pour inscrire en groupe euh en club, le troisième c'est un peu cher. Il y a aussi les écoles de natation qui est géré par la ville, c'est moins cher mais il y avait pas de place. Jamais pas de place déjà troisième année que j'essaye d'inscrire là-bas mais y a pas de place. Moi cette année je me suis dit que je suis souvent à la piscine je vais demander tous les jours. Car il aime bien aussi, il nage mais avec les brassards* »

Une autre mère, celle de Laura âgée de 10 ans et qui fait également partie du dispositif PRECCOSS exprime une difficulté pour inscrire la petite sœur de Laura à une activité physique. « *Là j'ai essayé mais je me suis prise un peu trop tard. Ce sera pour l'année prochaine. Pour la mettre aussi dans une activité. Même au centre sociaux y a plus de place. Euh elle se sera à partir de l'année prochaine* ».

Dans ce quartier défavorisé, les activités physiques proposées par le centre socio-culturel ou gérées par la ville semblent très sollicitées par les mères souhaitant inscrire leurs enfants à une pratique sportive qui a l'avantage de présenter un investissement financier moindre comparativement aux clubs sportifs de certaines associations. Les familles confrontées à cette difficulté ont une fratrie de trois enfants donc payer trois inscriptions en club est financièrement compliqué. Le manque de place dans des activités moins onéreuses a pour conséquence de réduire la pratique sportive de ces enfants. Les données épidémiologiques montrent que les classes populaires pratiquent moins d'activités physiques

et sportives comparativement aux autres classes sociales et cela dans toutes les tranches d'âge, y compris chez les enfants et adolescents (Aubel et al. 2008 ; Megherbi, 2016). Plusieurs raisons peuvent être utilisées comme élément de justification de cette différence.

Pour la mère d'Aylan et qui a elle-même vécu au Neuhof pendant son enfance, le quartier propose moins d'activités qu'auparavant.

« Bon je crois qu'ils ont quand même pas mal de choses. Moi je me rappelle on était jeune, on était du Neuhof hein. Moi je vous dis à l'époque c'était l'adgip. Mais tout ce qu'on a fait avec eux encore aujourd'hui je m'en souviens. On a bien profité là-bas. Mais plus comme avant non plus je trouve euh. C'est un peu perdu quoi, on n'a plus... Parce qu'à l'époque c'était des familles on pouvait, on partait ensemble, on ... enfin je sais pas s'ils le font. Mais comme avant l'adgip bah elle était vraiment connue que maintenant » (Mère d'Aylan, 11 ans, Neuhof).

Un autre point noir mis en avant par plusieurs familles du quartier est le manque d'activité à faire en hiver. Peu de propositions et pas de structures de jeux intérieurs comme il en existe dans d'autres quartiers de Strasbourg.

Difficulté à occuper les enfants pendant les périodes hivernales

Propos recueillis auprès des parents de Yasmine (9 ans) et Mariam (10 ans), toutes deux inscrites dans le dispositif PRECCOSS.

Le père explique que *« bon avant ces vacances là il faisait aussi froid donc euh ça aussi c'est un grand problème. Malheureusement y a pas, pas des grands trucs fermés. Il y en a un seul qui est à HautePierre je crois »*.

La mère précise alors *« qu'il est très cher »* ! Ce que confirme le père. *« Il est cher aussi. Après faut aller jusqu'à là-bas. Mais dans le secteur ici sur le secteur est Meinau HautePierre enfin Neudorf Neuhof rien, sortir à -10 degrés à l'extérieur ça ne donne pas envie »*.

Dans la majorité des familles, pendant la période hivernale les sorties sont limitées, les jeux d'extérieurs sont rares, plus de vélo, de roller, de trottinette. Il n'existe pas de structures dans le quartier permettant de combler ce manque, et la perspective de se déplacer hors du Neuhof est limitée par le coût du trajet ainsi que de l'activité.

Néanmoins, le froid n'est pas la seule limite à la pratique sportive dans le quartier, un sentiment d'insécurité partagé par plusieurs parents freine également l'accès à l'extérieur pour les enfants.

1.2.4 Un sentiment d'insécurité dans le quartier : un frein à la pratique d'activités physiques des enfants

Lorsque le beau temps revient, les enfants sont souvent demandeurs pour aller jouer dehors soit pour faire du vélo, de la trottinette, soit pour jouer sur les structures de jeux extérieures mises à disposition des habitants. Mais les parents sont assez réticents à laisser leurs enfants sortir sur ces lieux de pratique physique libre. Les aires de jeux sont considérées comme trop insécurisées par les parents, mal aménagées. Ce sentiment d'insécurité est un élément fréquemment évoqué par les habitants des quartiers populaires (Pan Ké Shon, 2009 ; Vallet, 2019). En ce calquant sur la classification de six types d'habitants faite par Pan Ké Shon en 2005, ces familles font parties des « insécures » puisqu'elles « *se plaignent des nuisances, de l'insécurité et leurs propos traduisent le sentiment de la dégradation de leurs conditions de résidence au fur et à mesure que le temps s'écoule* » (Pan Ké Shon, 2005, p. 26). Ce type d'habitants se retrouve particulièrement dans les quartiers populaires notamment car le sentiment de bien-être dans son quartier est corrélé aux caractéristiques sociodémographiques des habitants, et de ce fait les classes populaires éprouvent davantage un sentiment d'insécurité (Pan Ké Shon, 2005).

Une famille réticente à l'idée de laisser leurs enfants jouer seuls ou non sur les aires de jeux de proximité

Propos recueillis auprès du père de Yasmine et Maryam.

Pour le père de Yasmine et Maryam, « *quand il fait beau il y a le jardin des deux rives qui est un peu aussi sécurisé. Juste la rivière qu'il faut surveiller. Là c'est le problème qu'il y a pas de jeux, pas d'aires de jeux ou un parc où on peut vraiment laisser les enfants jouer* ». Pour jouer en sécurité, il est nécessaire de sortir du quartier.

Les routes pour se rendre à l'aire de jeux ne sont pas assez sécurisées pour le père et le lieu mal choisi. « *Le problème qu'il y a c'est le quartier il est pas aussi sûr. Les scooters ils roulent sur le trottoir, les voitures qui roulent au lieu de 30 ils roulent à 100 donc euh c'est très vite très vite dangereux, c'est très dangereux. Donc c'est pour ça on leur donne un petit secteur qu'ils évitent au moins de traverser les routes. Ils ont mis un petit parc ici entre les routes. Franchement faut être débile pour mettre un parc pour les enfants entre les routes. Il n'y en a pas une il y en a 3* ».

Il explique qu'« *la Meinau ils ont fait vraiment des sacrés beaux trucs, un bon parc, un grand loin des routes loin de tout ça. Ici à part le parc Schulmeister, c'est entre la Meinau et le Neuhof, c'est le seul quoi qui est un peu protégé entre guillemets. Euh c'est ça le problème on peut pas laisser les enfants sortir comme ça. Juste sur la route combien il y a eu d'accidents entre les voitures ? Ils traversent sans regarder sans rien, cachés derrière les voitures* ».

Les quelques structures de jeux extérieures implantées au Neuhof ne font pas l'unanimité auprès des habitants du quartier. La mère de Sacha trouve également qu'« *côté il y a pas beaucoup d'aires de jeux là oui et ils ont les copains de l'école un peu dans le quartier. Mais je peux pas les laisser aller tout seuls moi j'accompagne toujours ! C'est pas tous les jours* ». Ainsi, les lieux de jeux extérieurs pour les enfants ne sont pas assez nombreux, ni assez sécurisés. Les parents se sentent obligés d'accompagner leurs enfants ce qui semble limiter le temps de jeux de ces derniers par manque de disponibilité des parents. Au-delà de la question du temps et/ou du sentiment d'insécurité, les activités physiques ou sportives d'extérieur ne

font peut-être pas partie des activités privilégiées par les parents pour eux-mêmes ou leurs enfants. Les goûts sportifs varient en fonction du niveau de vie, de la classe sociale à laquelle l'individu appartient (Bodin et al., 2004 ; Ohl, 2004 ; Lizé & Roueff, 2010). « *Les stratégies parentales en matière d'activité physique et sportive renvoient tout autant à la position sociale des familles, qu'à leur style de vie et leurs pratiques culturelles* » (Mennesson et al., 2016, p. 394). Le choix fait par les parents d'accompagner ou non leurs enfants pour jouer au parc est donc à analyser en prenant en compte la disponibilité, mais aussi la position sociale, culturelle et les goûts sportifs de ces familles. Finalement, pour être plus tranquilles certaines familles préfèrent alors quitter le quartier, aller plus loin pour se sentir mieux et jouer plus librement.

En conclusion, ces différents exemples montrent bien que le quartier peut avoir un impact sur les styles de vie actifs ou non des enfants en surpoids ou obèses. Le manque de diversité dans les offres de pratique sportive, de place dans les associations ou centre socio-culturel, d'aires de jeux, le nombre de structures ludiques fermées et le sentiment d'insécurité dans le quartier sont autant d'éléments pouvant freiner la mise en mouvement des enfants du quartier et de leur famille. Néanmoins, après analyse des solutions sont parfois apportées aux familles mais elles ne sont pas toujours adaptées (exemple des activités physiques pendant le temps de repas scolaire après la cantine).

1.3 Un quartier en pleine rénovation urbaine mis en retrait : le Port-du-Rhin

En 2009, à l'occasion du sommet de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) organisé à Strasbourg, le quartier enclavé du Port-du-Rhin était au cœur des manifestations anti-OTAN et subissait de nombreux dégâts matériels. C'est à partir de cette date que la ville de Strasbourg entreprend de nouveaux projets pour réaménager le quartier, créer de la mixité sociale et le relier à la ville de Strasbourg. Mais, cette rénovation urbaine semble pour l'instant davantage creuser les inégalités entre les anciens habitants et les nouveaux habitants du quartier.

1.3.1 Port-du-Rhin : le plus grand projet de rénovation urbaine à Strasbourg

Depuis sa création, le quartier du Port-du-Rhin a toujours été excentré par rapport au centre historique de la ville de Strasbourg, malgré une desserte de tramway en 1878 remplacée par un bus à la fin du XIX^{ème} siècle. Ce quartier n'est autre que l'ancienne cité Loucheur qui a vu le jour dans les années 1930 suite à la loi Loucheur votée en 1928 par l'État. Cette loi permettait d'obtenir une aide sur cinq ans de l'État pour la construction de logements à des tarifs bon marché. Le maire de Strasbourg de l'époque s'est saisi de cette opportunité pour construire la cité Loucheur (1929 à 1931) à une période dominée par le chômage et la crise du logement. Les premiers habitants de la cité étaient principalement des ouvriers travaillant au niveau du port du quartier dans l'industrie ou le commerce. Un grand nombre de familles nombreuses est également venu s'y installer¹. Peu de temps après, de 1935 à 1938, une école est construite dans cette nouvelle cité, l'école du Port-du-Rhin². En parallèle, toujours dans les années 1930, le siège de la société coopérative de consommation de Strasbourg³ (la Coop) s'installe dans le quartier. Entre 1911 et 1965, la Coop n'a eu de cesse

¹ <https://archives.strasbourg.eu/expositions/panneau-le-quartier-du-port-du-rhin-86-303/n:335>

² <https://archives.strasbourg.eu/expositions/panneau-le-quartier-du-port-du-rhin-86-304/n:335>

³ La coop s'inspire d'un système coopératif suisse, elle regroupe plusieurs magasins (boulangerie, fabrique de pâtes alimentaires, cave à vin, café...), c'est un lieu de fabrication, de stockage et de vente des produits. <https://archives.strasbourg.eu/expositions/panneau-le-quartier-du-port-du-rhin-86-306/n:335>

de s'agrandir, de construire de nouveaux locaux au Port-du-Rhin, mais en 2014, elle finira par déposer le bilan et les bâtiments qu'elle occupait sont abandonnés.

Le tournant du quartier a lieu au moment des événements survenus lors du sommet de l'OTAN en 2009 et au cours desquels de violentes manifestations éclatent. Le Port-du-Rhin se retrouve alors au milieu d'affrontements entre des Black-Block (casseurs venus de toute l'Europe) et les forces de l'ordre. De nombreux dégâts sont constatés, un hôtel



Illustration 4 : Hôtel incendié pendant le sommet de l'OTAN en 2009 au Port-du-Rhin

(Illustration 4¹), une pharmacie et le poste de douane sont incendiés. Tout le monde a alors les yeux rivés vers ce quartier excentré et le plus pauvre de la ville de Strasbourg. Suite à ces incidents, la municipalité vote un projet pour faciliter l'accès entre le quartier et le centre-ville de Strasbourg par l'arrivée du tram. C'est le début d'une grande rénovation urbaine. À partir de 2010, le Port-du-Rhin fait alors parti du plus grand projet urbanistique de Strasbourg : Les Deux Rives. Ainsi les habitants des anciens logements datant de 1931 sont invités à rejoindre les nouvelles constructions. Par exemple, la cour des douanes (propriété de l'État) où avait eu lieu une partie des affrontements en 2009 est utilisée pour créer 7 tours de logements. En 2012, l'école du Port-du-Rhin construite dans les années 1930, est rénovée et a pour vocation d'accueillir les enfants des habitants anciennement et nouvellement arrivés dans le quartier. En 2014, la place de l'hippodrome est inaugurée. Située entre deux églises qui se font face, l'objectif est alors de créer un lieu de rencontre pour réunir les anciens et les nouveaux habitants. En 2015, une évaluation d'impact sur la santé est mise en place. Cette évaluation a été décidée dans le cadre du Contrat Local de Santé 2015-2020 afin « d'évaluer les impacts du projet d'aménagement actuellement en cours, qui va permettre la construction de plus de 2 000 logements » (Pons et al., 2017, p. 3). Suite à cette évaluation, quatre points ayant un

¹ https://img.20mn.fr/wiZo1x68SPWDccpvRF7Ayg/768x492_sommet-otan-strasbourg-incendie-hotel-ibis-2009-port-rhin.jpg

impact sur le quartier ont été mis en avant : la qualité de l'air, le cadre de vie, l'environnement social et la pratique de l'activité physique adaptée (Cf. Figure 9). Le comité de pilotage a par la suite émis trente-cinq recommandations en lien avec ces quatre thèmes (Jabot et al., 2017).



En 2017, c'est l'arrivée du tram qui passe au Port-du-Rhin jusqu'à desservir Kehl en Allemagne. Ci-contre, une illustration avec à gauche de nouvelles habitations (ancien emplacement de l'hôtel brûlé et à

droite les anciens bâtiments du quartier) (Illustration 5¹). Toujours en 2017, c'est l'ouverture

Illustration 5 : Emplacement de l'ancien hôtel Ibis incendié en 2009 pendant le sommet de l'Otan. Port du Rhin, Strasbourg le 4 avril 2019. — G. Varela / 20 Minutes

de la clinique Rhéna² comprenant trois groupes de cliniques dans un seul et même lieu. Suite à cela, également en

2017, émerge l'idée de l'implantation et de la construction d'une maison de santé sur le terrain de l'hôtel incendié en 2009 dans le quartier.

¹ <https://www.20minutes.fr/strasbourg/2489195-20190404-video-strasbourg-comment-quartier-devaste-black-blocs-lors-sommet-otan-transforme>

² <https://www.clinique-rhena.fr/fr/la-clinique-rhena/nous-connaître/historique/170-ans>

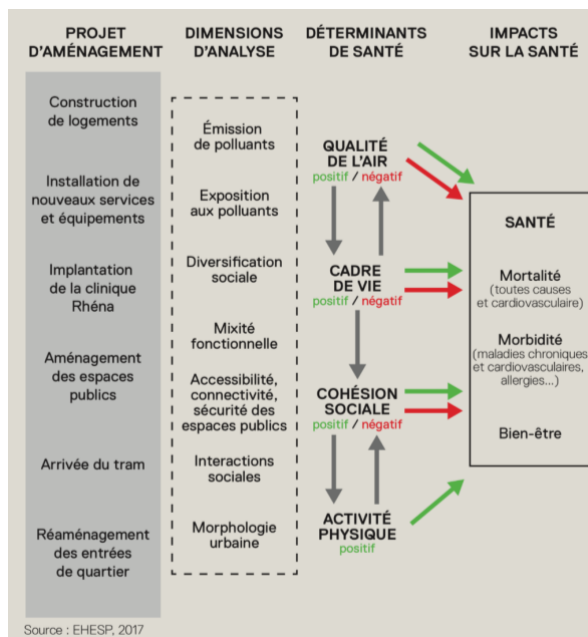


Figure 9 : Synthèse des impacts du projet d'aménagement du quartier du Port-du-Rhin¹

Néanmoins, toutes ces constructions et les efforts réalisés pour créer une mixité entre anciens et nouveaux habitants ne semblent pas avoir l'effet escompté.

Au niveau des logements, les habitants occupant les plus anciens se plaignent d'une mauvaise isolation et d'un mauvais entretien de leur immeuble. En effet, certains immeubles ont bénéficié d'un embellissement extérieur uniquement avec la rénovation des façades entre 2007 et 2009. Le médecin généraliste du quartier explique que

« la cité Loucheur est mal isolée et pleine de moisissures. Certains patients ont des factures de chauffage de 1000 à 1500 euros ! De plus en plus d'enfants souffrent de bronchiolite et d'asthme. Quand je me suis installée, je pensais que la Ville allait refaire l'isolation. En fait, ils ont juste remis un peu de peinture »².

Malgré tout, des habitants ne souhaitent pas déménager de l'autre côté de la rue dans les nouveaux logements. Les logiques des parcours résidentiels des habitants des quartiers populaires sont complexes à étudier car pour que ces derniers estiment le déménagement

¹ Source : Rapport de l'ADEUS (Pons et al., 2017).

² « Dans les quartiers, un généraliste fait tout », article paru dans les DNA le vendredi 20 décembre 2019.

positif plusieurs éléments sont à prendre en compte. Il est nécessaire d'évaluer les conditions de logement dans leur globalité (coût, superficie, localisation...) en fonction de la volonté et recherche propre à chacun (Bourdon et al., 2012).

La recherche de mixité sociale grâce au réaménagement urbain ne semble pas fonctionner au Port-du-Rhin. Et pour cause,

« la diversité sociale n'entraîne pas forcément une participation à la vie de la cité, une fréquentation des équipements, notamment éducatifs. On assiste, pour le moment, davantage à une juxtaposition qu'à une véritable intégration dans le quartier » (Bourdon et al., p. 108).

C'est exactement le cas de ce quartier. Un clivage se crée entre anciens et nouveaux arrivants au Port-du-Rhin et c'est le tram qui délimite finalement ces deux zones¹. La construction de la clinique Rhéna a créé des emplois mais pas pour les anciens habitants du quartier. Les enfants des nouveaux arrivants ne sont pas scolarisés dans l'école du quartier ne permettant pas une mixité sociale². Les jeunes du quartier se sentent tout autant exclus et les espaces de jeux sont toujours quasiment inexistantes. Les clubs de cirque et d'équitation situés au jardin des deux rives semblent attirer les nouveaux habitants mais restent bien trop chers pour la grande majorité de la population du quartier. À part ça et *« malgré ces rapprochements, pas de club de foot, de basket, de danse ou de skatepark à l'horizon au grand regret des adolescents qui s'ennuient »*³. Il existe bien un petit terrain de foot, nommé le Hatrick, mais ce dernier n'est plus éclairé le soir et un projet de construction immobilier est prévu à cet emplacement. Un complexe sportif devait voir le jour mais pour le moment le projet est à l'arrêt.

¹ <https://www.rue89strasbourg.com/la-cite-loucheur-toujours-au-terminus-de-la-ville-179914>

² <https://www.cuej.info/blogs/renovation-du-port-du-rhin-un-quartier-double-visage>

³ <https://www.rue89strasbourg.com/port-du-rhin-equilibre-anciens-nouveaux-habitants-72876>

Finalement, la municipalité de Strasbourg espérait que ce grand projet de réaménagement urbain apporterait de l'emploi et des opportunités. Néanmoins,

« contrairement à d'autres quartiers, l'embourgeoisement, le remplacement de la population historique par de nouveaux arrivants plus riches, ne s'opère pas pour le moment. Il s'agit davantage de deux quartiers parallèles. Ce mariage forcé doit encore se matérialiser »¹.

L'unique médecin généraliste du quartier qui vit également sur place avec sa famille, est du même avis : « Après l'OTAN, la Ville a rencontré les habitants, parlé de reconstruction. À l'époque, le Port-du-Rhin était tout petit ! Depuis le tram a ouvert la cité. Aujourd'hui, il y a un peu plus de mixité sociale, même si elle est davantage située de l'autre côté de la ligne de tram... » (extrait d'un article des DNA, paru le vendredi 20 décembre 2019).

¹ <https://www.rue89strasbourg.com/port-du-rhin-equilibre-anciens-nouveaux-habitants-72876>

1.3.2 Port-du-Rhin : un des quartiers les plus pauvres de Strasbourg et une offre médicale limitée



D'après les dernières données de recensement de 2013, 1461 personnes habitent le quartier du Port-du-Rhin. Chiffre qui serait maintenant bien plus élevé au vu de la construction de 2000 logements et du réaménagement urbain. Toutefois, ce quartier concentre moins de population que le quartier du Neuhof.

D'après l'illustration 6 ci-contre, le Port-du-Rhin se trouve juste à proximité de la frontière allemande (Kehl, ville allemande). La partie Nord du quartier est une zone industrielle avec le port autonome de Strasbourg. La superficie d'habitation est donc assez faible.

Illustration 6 : Limite du quartier Port-du-Rhin (capture d'écran Google earth).

Certaines caractéristiques socio-démographiques entre le Port-du-Rhin et le Neuhof sont similaires, notamment en ce qui concerne la part des femmes, la part des étrangers et la part des moins de 24 ans (Cf. Tableau 18).

Informations	Données Port-du-Rhin	Données QPV Alsace	Source	Date
Population	1 461		INSEE	2013
Part des femmes	51,8%	51,7	INSEE	2010
Part des étrangers	20,5%	24%	INSEE	2010
Part des 60/74 ans (ensemble)	11%	10,4%	INSEE	2010
Part des plus de 75 ans (ensemble)	3,4%	4,6%	INSEE	2010
Part des familles monoparentales	21,4%	15,9%	INSEE	2010
Moins de 24 ans	37,4%		INSEE	2011

Tableau 18 : Données sociodémographiques sur le quartier du Port-du-Rhin

Le quartier du Port-du-Rhin tout comme le Neuhof concentre une part élevée de la population vivant sous le seuil de pauvreté (46,6%). En effet, d'après les données de l'INSEE datant de 2012, 46,6% de la population du Port-du-Rhin vivrait sous le seuil de pauvreté. De ce fait, de nombreux foyers sont dépendants des prestations sociales de l'État pour vivre (Cf. Tableau 19).

Informations	Données Port-du-Rhin	Données QPV Alsace	Source	Date
Revenus médians disponibles par Unité de Consommation (UC)	1 039 €	9 342 €	INSEE/Filosofi	2012
Part de la population sous le seuil de pauvreté	46,6 %		INSEE/Filosofi	2012
Part des revenus d'activité	52,2%		INSEE/Filosofi	2012
Part des prestations sociales	30,8%		INSEE/Filosofi	2012

Tableau 19 : Données sociodémographiques sur les ressources économiques de la population du Port-du-Rhin

Concernant la santé des habitants du quartier, peu de données sont disponibles. Un seul médecin généraliste exerce au Port-du-Rhin. Après de nombreuses tentatives, il n'a pas été possible de la rencontrer dans le cadre de cette thèse. Ce médecin se bat depuis des années pour l'ouverture d'une maison urbaine de santé (MUS). D'après un entretien réalisé auprès d'un médecin de la municipalité, une MUS est bien en projet et devrait être en état de

fonctionnement fin 2021, début 2022. À noter qu'en 2014, il était déjà question de ce projet et les habitants l'attendaient pour 2017. Cette MUS regroupera à priori plusieurs professionnels de santé : médecins, kinésithérapeutes, infirmières... D'après le médecin généraliste du quartier, la clinique Rhéna a tout de même permis aux habitants du quartier de pouvoir consulter des spécialistes à proximité. Néanmoins cela a failli remettre en cause le projet de la MUS.

D'après les données des bilans réalisés par les infirmiers ou les médecins de la ville de Strasbourg auprès des élèves de grande section de maternelle des établissements publics de 2014 à 2017, 20,5% des enfants âgés de 5 à 6 ans et résidants au Port-du-Rhin sont en surpoids ou obèses. Plus précisément, 22,2% des filles âgées de 5-6 ans sont en surcharge pondérale contre 18,6% pour les garçons (Cf. Tableau 20). Ces données sont semblables à celles du Neuhof, ce sont les deux quartiers où la prévalence de surpoids et d'obésité est la plus importante pour des enfants âgés de 5 à 6 ans.

	Filles	Garçons	Moyenne
Port-du-Rhin	22,2	18,6	20,5
Neuhof	24,5	20,1	22,3
Quartiers populaires de Strasbourg	21,9	15,6	18,8
Strasbourg	16	12,6	14,3

Tableau 20 : Proportion d'enfants de 5-6 ans en surpoids et obèses, scolarisés en grande section de maternelle à Strasbourg, selon le quartier et le genre

Pour le médecin généraliste, le problème de poids des enfants est essentiellement lié à la « malbouffe ». Elle explique dans un entretien pour les DNA que « *des enfants arrivent le matin en consultation avec un Coca et un petit pain en guise de petit-déjeuner* ».

1.3.3 Le Port-du-Rhin, un quartier enclavé où les possibilités de pratique sportive sont quasiment inexistantes

Concernant l'activité physique, l'offre et les équipements sont faibles. En termes d'équipements pour la pratique sportive aucun complexe sportif n'existe dans le quartier. Le seul gymnase est celui de l'école élémentaire du Port-du-Rhin. Cet espace fait environ 200m² et possède des paniers de basket ainsi qu'un peu de matériel sportif.

Du côté de l'Office des Sports de Strasbourg (ODS) deux types de pratiques sportives dans le quartier du Port-du-Rhin sont recensées : les boules lyonnaises (une association) et de la pétanque (8 clubs ou associations). Le centre socio-culturel du quartier a mis en place des activités physiques et sportives destinées aux femmes. Ces activités ont lieu tous les mardi et jeudi de 18h30 à 20h. Les cours sont assurés par un professionnel autoentrepreneur diplômé d'une licence STAPS. Les séances du mardi soir se déroulent dans une petite salle située au rez-de-chaussée d'un immeuble d'habitation. Tandis que les séances du jeudi soir ont lieu dans le gymnase de l'école du Port-du-Rhin. Les femmes peuvent venir accompagnées de leurs enfants si elles n'ont pas de solutions pour les faire garder. Une participation financière leur est également demandée. Le constat de la faible offre d'activités physiques et sportives encadrées au sein du quartier a été fait en 2017 lors de l'évaluation du projet de rénovation urbain et

« tout particulièrement pour les jeunes et les adultes de la Cité Loucheur. Seuls les enfants du quartier scolarisés à l'École du Rhin, ont une pratique sportive encadrée relativement conséquente, dans la mesure où celle-ci s'inscrit partiellement dans le programme scolaire » (Jabot et al., 2017, p. 83).

Pour pratiquer une activité sportive, il est nécessaire de sortir du quartier et ceci accentue le clivage entre anciens et nouveaux habitants. En effet,

« un lien paraît exister entre le lieu d'habitation et la pratique d'une activité sportive encadrée. Ainsi, les adultes et enfants résidant en Allemagne ou dans les nouvelles habitations du quartier semblent être plus susceptibles de faire du sport au sein d'un club que les habitants de la Cité Loucheur » (Jabot et al., 2017).

Autre constat, comme dans le quartier du Neuhof, aucun Vitaboucle¹ – sur les 26 existant actuellement – ne passe pour le moment par le quartier du Port-du-Rhin. Ci-dessous (Cf. Illustration 7), une carte des parcours Vitaboucle existant à Strasbourg permet de s'en rendre compte. Le quartier du Port-du-Rhin (délimité par un cercle jaune) ne bénéficie d'aucun parcours.

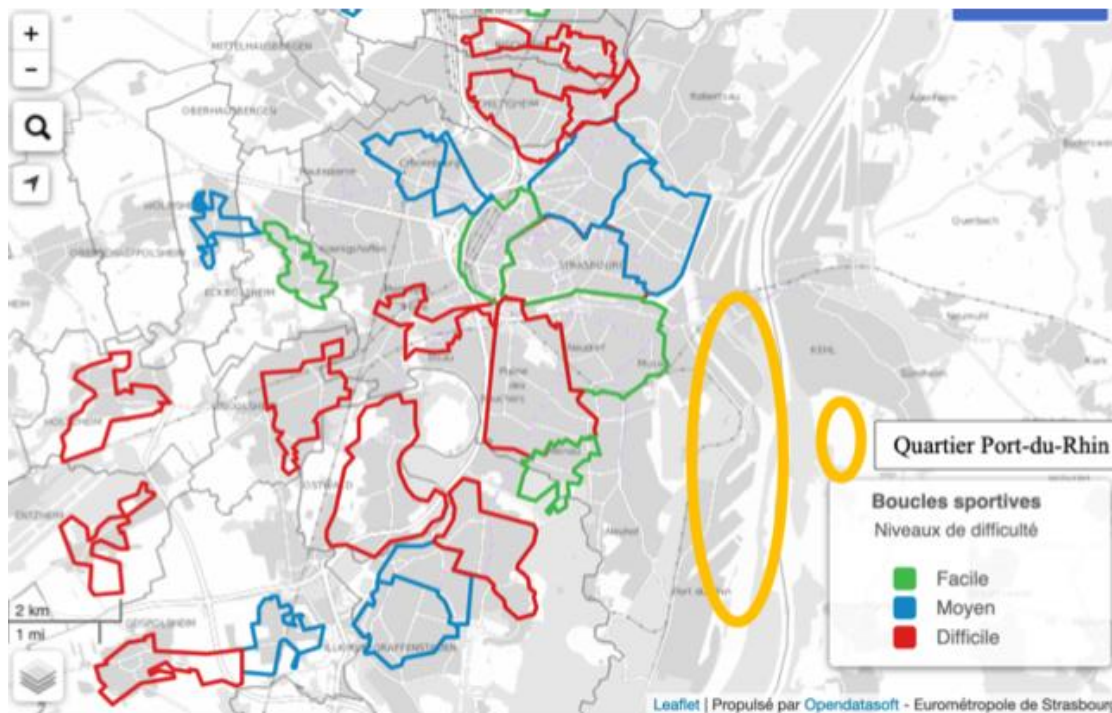


Illustration 7 : Carte des parcours Vitaboucle à Strasbourg²

Concernant le dispositif PRECCOSS, pour l'éducatrice médico-sportive il n'est pas possible d'ouvrir des créneaux d'activité physique dans le quartier Port-du-Rhin car il n'y a pas assez de familles du quartier dans le dispositif. Et les effectifs de l'équipe PRECCOSS ne permettent pas de se déployer partout par manque de temps. Par conséquent, les inclusions

¹ Ce sont des parcours de santé urbain balisés, accessibles à tous gratuitement, en marchant ou en courant. Il en existe 26 sur l'Eurométropole (dont 9 à Strasbourg) avec des niveaux de difficultés variés et ont été progressivement mis en place depuis avril 2015.

² Source : <https://www.strasbourg.eu/vitaboucle>

et les rendez-vous individuels ne peuvent pas se dérouler sur place et les familles sont obligées de se déplacer dans un autre quartier à proximité pour rencontrer les professionnels du dispositif. L'ouverture prochaine d'une maison de santé au Port-du-Rhin pourrait permettre une meilleure prise en charge des familles. Le projet est d'ouvrir une permanence PRECCOSS au sein de cette MUS afin de mieux accompagner et orienter les familles. Le fait de ne pas proposer d'activité au sein même du quartier est un véritable frein comme a pu l'expliquer une mère de famille à l'équipe PRECCOSS. Elle ne souhaite pas que son fils participe aux ateliers d'activités physiques proposés dans d'autres quartiers.

Quand l'enfant est partagé entre plusieurs quartiers

Propos recueillis auprès de Juliette âgée de 13 ans et de sa mère. L'enregistrement de l'entretien n'a pas été autorisé par la fille. L'échange est donc rapporté suite à une prise de note.

Depuis plusieurs mois, Juliette réside chez son père en Allemagne et rentre un week-end sur deux chez sa mère au Port-du-Rhin. Elle a grandi dans ce quartier, dans la cité Loucheur. Juliette faisait partie du dispositif PRECCOSS mais elle a rapidement abandonné car les activités sportives et les lieux de rendez-vous étaient trop éloignés du domicile. Sa situation familiale l'oblige déjà à faire beaucoup d'aller-retour entre le Port-du-Rhin et un petit village allemand. Ainsi, il n'est pas envisageable de se déplacer encore dans un autre quartier. De plus, les activités sportives ont lieu le samedi matin au moment même où Juliette arrive chez sa mère.

La mère semble apprécier le dispositif PRECCOSS et trouve dommage que rien ne soit proposé sur place. Elle pense que l'enquêtrice fait partie de l'équipe PRECCOSS et se réjouit de la venue d'un membre de l'équipe directement chez elle. Malgré plusieurs tentatives, il sera difficile de faire comprendre le statut de l'enquêtrice à la mère de Juliette.

Pour Juliette et sa mère, il n'y a pas assez d'offre d'activité physique dans le quartier notamment pour les enfants et adolescents et elles s'estiment chanceuses d'avoir accès à quelques activités par le biais du centre social et culturel du quartier.

Dans ce cas, la mère et la fille sont prêtes à participer au dispositif PRECCOSS mais leur contexte familial et socio-économique particulier ne les incitent pas à se déplacer en dehors de leur lieu d'habitation.

Pour mieux comprendre les raisons qui conduisent les habitants à ne pas sortir du quartier d'habitation, un entretien a été réalisé avec la référente famille du centre social et culturel « Au-delà des ponts » du quartier du Port-du-Rhin. Le nom de ce centre marque l'orientation des acteurs qui souhaitent aider les familles à découvrir d'autres lieux en dehors de leur quartier. D'après la référente famille plusieurs raisons empêchent les habitants de sortir du quartier. Le principal frein est financier. En effet, *« payer le tram pour se déplacer cela demande un effort financier que la plupart des familles n'ont pas »*. Le deuxième frein est lié aux configurations familiales. Dans le quartier, il y a de nombreuses familles monoparentales, avec des mères qui se retrouvent seules pour s'occuper des enfants, souvent trois, qu'il leur est difficile de gérer lors d'une sortie en dehors du quartier. *« Les mères ne veulent pas sortir seules en-dehors du quartier, elles ont besoin d'un référent, de quelqu'un pour les guider et elles préfèrent les sorties en groupe »*. Des activités sont proposées au centre social et culturel, mais la référente famille explique que

« les personnes présentes lors des ateliers ou sorties proposées par le CSC ne semblent pas avoir de problème de poids. Aussi bien les mères que les enfants ne sont ni en surpoids, ni en obésité. L'obésité n'est pas abordée lors des activités. Dans les ateliers de cuisine, il y a la notion d'équilibre alimentaire qui est parfois abordée. Mais ce sont surtout des personnes qui aiment cuisiner et qui sont là pour s'échanger des astuces » (Référente famille, CSC Port-du-Rhin).

Pourtant, d'après les bilans scolaires infirmiers, près d'un quart des enfants du quartier seraient en surpoids ou obèses. Finalement, ni le dispositif PRECCOSS, ni le centre social et culturel proposent des activités alimentaires et/ou physiques adaptées aux enfants en surpoids ou obèses et leur famille au sein du quartier du Port-du-Rhin. Il est vrai que lors des observations menées dans le quartier, les jeunes vus au pied des immeubles ne semblaient pas être en surpoids ou obèses. Parmi les participantes au cours de sport les mardi et jeudi soir, deux mères étaient en surpoids et venaient accompagnées de leurs enfants qui eux ne semblaient pas avoir de problème de poids.

Concernant les activités périscolaires, l'association Unis Vers le Sport proposait des activités sportives. D'après l'éducateur sportif en charge de ces cours, *« il y a moins d'enfants présents aux activités sportives périscolaires de l'école du Port-du-Rhin comparativement à d'autres écoles. Et l'encadrement de ces enfants est plus difficile »* (Quentin, éducateur sportif d'une association). Selon lui, les parents sont moins présents à la sortie de l'école et/ou des activités périscolaires, il est donc difficile de rentrer en contact avec eux.

Pour William, le coach sportif autoentrepreneur qui intervient pour les activités sportives du centre social et culturel « Au-delà des ponts », il n'y a pas assez d'équipements sportifs dans le quartier. L'espace obtenu pour la séance du mardi soir n'est pas adapté pour faire du sport (une petite salle au rez-de-chaussée d'un immeuble de la cité Loucheur), et c'est à peine mieux le jeudi soir (petit gymnase de l'école du Port-du-Rhin. Des inégalités dans les infrastructures sportives entre les quartiers persistent avec une moindre offre dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (Mondésir, 2019). Ensuite, d'après lui il est primordial d'adapter les pratiques et notamment *« de permettre aux mères de venir au cours avec leurs enfants car beaucoup n'ont pas de solution pour les faire garder, sans ça elles ne viendraient pas »*.

Par rapport au projet d'aménagement urbain du quartier, un des quatre points principaux est la pratique d'activité physique adaptée. De ce fait quelques aménagements ont été réalisés pour privilégier et sécuriser les déplacements à vélo. Pourtant,

« l'observation des flux de cyclistes dans le quartier de Port du Rhin montre que la plupart des utilisateurs ne sont pas des habitants du quartier et ne font que le traverser. Des barrières liées à l'apprentissage et au coût du vélo existent en effet pour de nombreux habitants du Port du Rhin. Les bénéfices du projet d'aménagement sur la pratique de mobilités actives de ces populations seraient alors neutralisés ou incertains. L'augmentation récente de la fréquentation des ateliers d'apprentissage du vélo proposés par Cadr'67 consolide toutefois la probabilité de survenue de ces bénéfices, en tous-cas, à moyen-terme » (Jabot et al., 2017, p. 85).

Finalement, malgré le projet de rénovation urbaine, l'offre d'activité physique n'a pas évolué dans le quartier et les inégalités entre anciens et nouveaux habitants ont plutôt

tendance à se creuser. La situation de ce quartier permet d'observer les effets de lieu sur la pratique sportive des enfants en surpoids ou obèses. Dans ce cas, ni l'aménagement urbain, ni le dispositif PRECCOSS ne permettent d'apporter des solutions aux enfants et adolescents en surcharge pondérale.

2. L'action locale d'un réseau associatif de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles

À Mulhouse, un autre dispositif de prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses est en place. Il s'agit du réseau associatif ODE-RÉPPOP. Les Coteaux est le quartier prioritaire de la politique de la ville retenu pour cette recherche. D'une part car il bénéficie d'un dispositif associatif (et non municipal comme pour les deux précédents quartiers étudiés), et d'autre part car malgré des caractéristiques sociodémographiques similaires, il présente un taux d'enfants en surpoids ou obèses inférieur à la moyenne des QPV d'Alsace.

2.1 Prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses dans le Haut-Rhin : le réseau ODE-RÉPPOP

Le réseau ODE-RÉPPOP du Haut-Rhin a été créé en 2009 sous la forme d'une association à but non lucratif. Il existe un réseau RÉPPOP¹ par région en France métropolitaine et dans les DOM-TOM, sauf à Paris où il y en a plusieurs car il y a une population plus importante (Lefebvre, 2010). Cela fonctionne comme une fédération et le réseau a une identité nationale. En ce qui concerne le réseau ODE-RÉPPOP du Haut-Rhin, les activités pour les enfants et adolescents en surpoids ou obèses ont débuté en mai 2011. Tout le département peut bénéficier du réseau sauf la commune de Sainte Marie-Aux-Mines qui est trop éloignée des différents sites de rencontre du réseau.

En effet, le siège du réseau est basé à Mulhouse mais il existe des sites délocalisés dans tout le département afin de faciliter les rencontres avec les familles (Altkirch, Colmar, Sierentz et Thann). Une fois par mois l'équipe se rend sur chacun des sites. Les activités proposées par

¹ Cf. La thèse de Blandine Lefebvre, réalisée en 2010 sur « la construction d'un nouveau territoire professionnel en activité physique dans les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (RÉPPOP) ».

le réseau se passent en hôpital de jour et les familles doivent donc se déplacer sur le site le plus proche de chez elles. C'est une première différence avec le dispositif PRECCOSS où les familles se déplacent dans leur quartier. Le réseau fonctionne comme toute association avec un comité d'administration, une direction et différents pôles pour la répartition des rôles et des missions des 17 membres professionnels de l'association. Ces 17 membres forment une équipe de coordination pluridisciplinaire entourée de partenaires libéraux (médecins, diététiciennes, psychologues...), de la santé scolaire, d'associations sportives. La difficulté pour ces derniers partenaires est de trouver des associations sportives dans le Haut-Rhin qui proposent des activités multisports, de loisirs et adaptées aux enfants en surpoids ou obèses. Il y a également une assistante du service social qui travaille avec l'équipe à hauteur de 60%.

Pour vivre et pouvoir proposer les activités à toutes les familles demandeuses, le réseau ODE-RÉPPOP doit trouver des financements. Sa première source de revenus est l'Agence Régionale de Santé à hauteur de 70-80%. En complément, le réseau propose des formations payantes de BPJEPS et mène des actions de prévention dans les écoles des quartiers défavorisés de Mulhouse.

Dans ce réseau, la volonté est de placer l'enfant et sa famille « au cœur » de la prise en charge et de l'entourer d'une équipe pluridisciplinaire (Lefevbre, 2010). Le premier acteur est le médecin traitant de l'enfant qui assure le suivi médical et l'oriente vers les ateliers si nécessaire. Par contre, il n'a pas besoin d'établir une ordonnance comme c'est le cas dans le dispositif PRECCOSS. Il aide la famille à remplir un formulaire d'inscription spécifique notamment pour la partie médicale. Par la suite, un accompagnateur référent est désigné, généralement un membre de la famille. La famille est entourée d'acteurs de proximité, c'est-à-dire des professionnels libéraux se situant non loin du domicile familial (diététicienne, psychologue...). C'est l'équipe du réseau RÉPPOP ou le médecin traitant qui vont les orienter vers ces derniers si besoin. Le réseau RÉPPOP quant à lui reçoit chaque famille à l'hôpital de jour pour une journée d'accueil afin de réaliser un bilan initial partagé.

Lors de cette journée, le matin, la famille passe des entretiens individuels avec les différents professionnels du réseau. À ce moment-là, un parcours de soins sur un an est fixé avec l'enfant, sa famille et RÉPPOP. L'après-midi, il y a des explications collectives sur le fonctionnement du Réseau, par exemple, comment s'inscrire aux ateliers sur internet et créer

son espace. À la fin de la journée, la famille signe un contrat avec les engagements et les objectifs pour l'année à venir. À la fin de l'année, la prise en charge peut être reconduite pour une seconde année et dernière année. Cependant, l'enfant est libre d'arrêter au bout d'un an soit parce qu'il est prêt à être autonome, soit parce qu'il ne souhaite plus poursuivre la prise en charge, soit parce qu'il déménage dans une autre région/pays. Il pourra réintégrer le réseau plus tard s'il le souhaite.

Il y a différents niveaux de prise en charge possibles en fonction des caractéristiques socio-économiques de la famille et de la surcharge pondérale de l'enfant. Le premier niveau est une prise en charge ambulatoire de proximité. L'enfant est suivi par l'intermédiaire de son médecin traitant qui va, en fonction de ses besoins, l'orienter vers une diététicienne libérale, une association sportive, un psychologue... Les frais sont pris en charge par le réseau à hauteur de 140 euros par professionnel et par enfant puisque parfois plusieurs enfants de la même famille sont dans le dispositif. Le deuxième niveau est la prise en charge par le Réseau RÉPPOP. L'enfant a un suivi ambulatoire avec son médecin traitant qui peut lui prescrire des ateliers d'éducation thérapeutique ou d'activité physique proposés par le réseau. L'enfant et sa famille auront un suivi hospitalier à l'hôpital de jour où les ateliers sont organisés. Tous les ateliers sont gratuits et peuvent être accessibles aux parents également. Le dernier niveau est une prise en charge complètement hospitalière. L'enfant va à l'hôpital dans un internat sans sa famille pour un trimestre ou un semestre en fonction des cas, mais, aucun lien, aucun travail n'est fait avec la famille de l'enfant. C'est pourquoi en retournant vivre dans le foyer familial les pratiques acquises à l'hôpital seront difficiles à appliquer. Le projet du réseau est de proposer un séjour médical pendant les vacances scolaires en lien avec la famille.

Indicateurs	Réseau ODE-RéPPOP	PRECCOSS
Date de création	2011	2014
Lieu d'action	Haut-Rhin	Strasbourg
Qui ?	Réseau national, association à but non lucratif	Ville de Strasbourg (Contrat local de santé)
Pour qui ?	Enfants/Adolescents de 0 à 18 ans	Enfants de 3 à 12 ans + Adolescents de 12 à 18 ans depuis 2019
Ordonnance ?	Pas d'ordonnance obligatoire pour entrer dans le Réseau, mais un formulaire à remplir et un contrat à signer entre l'équipe professionnelle, l'enfant et son accompagnateur (parents, tuteur)	Ordonnance du médecin traitant obligatoire pour pouvoir entrer dans le dispositif.
Financement	Subventions de l'Agence Régionale de Santé Grand-Est (70 à 80%), organisation de formations BPJEPS payantes, actions dans les écoles de Mulhouse...	Ville de Strasbourg, Agence Régionale de Santé Grand-Est, Régime local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle, Mutualité Française Grand-Est, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, Hôpitaux universitaires de Strasbourg.
Orientation	Médecin, services de santé scolaire, infirmière coordinatrice...	
Activités	Équipe pluridisciplinaire, ateliers d'activité physique, de nutrition, consultations psychologiques ¹ ...	
Objectif principal	Amener l'enfant vers une stabilisation ou diminution de son IMC	

Tableau 21 : Récapitulatif des caractéristiques communes et divergentes du Réseau ODE-RéPPOP et du dispositif PRECCOSS

¹ Le déroulement et le contenu de ces activités restent propres à chacun des dispositifs.

2.2 Un quartier en-dessous des moyennes alsaciennes dans la prévalence du surpoids et de l'obésité infantiles : Les Coteaux

Le quartier des Coteaux, à Mulhouse, fait partie des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Ses caractéristiques sociodémographiques sont semblables à ceux du quartier du Neuhof à Strasbourg avec 8 111 habitants, une part importante de jeunes de moins de 24 ans (43%), de femmes (53,3%) et d'étrangers (Cf. Tableau 22).

Informations	Données Coteaux	Données QPV Alsace	Source	Date
Population	8 111		INSEE	2013
Indice de jeunesse	2,6	2	INSEE	2010
Part des femmes	53,3%	51,7	INSEE	2010
Part des étrangers	26,6%	24%	INSEE	2010
Part des 60/74 ans (ensemble)	10,1%	10,4%	INSEE	2010
Part des plus de 75 ans (ensemble)	4,4%	4,6%	INSEE	2010
Part des familles monoparentales	16,1%	15,9%	INSEE	2010
Moins de 24 ans	43%		INSEE	2011

Tableau 22 : Données sociodémographiques sur le quartier des Coteaux

Les revenus médians disponibles par unité de consommation s'élèvent aux alentours de 12 142 euros, soit plus que la moyenne des QPV d'Alsace (9 342 euros). Néanmoins, la part de la population vivant sous le seuil de pauvreté est de 48%, un taux similaire à celui du quartier du Port-du-Rhin (46,6%). La part des prestations sociales y est élevée (24%) et seulement la moitié des jeunes âgés de 16 à 24 ans sont scolarisés (Cf. Tableau 23).

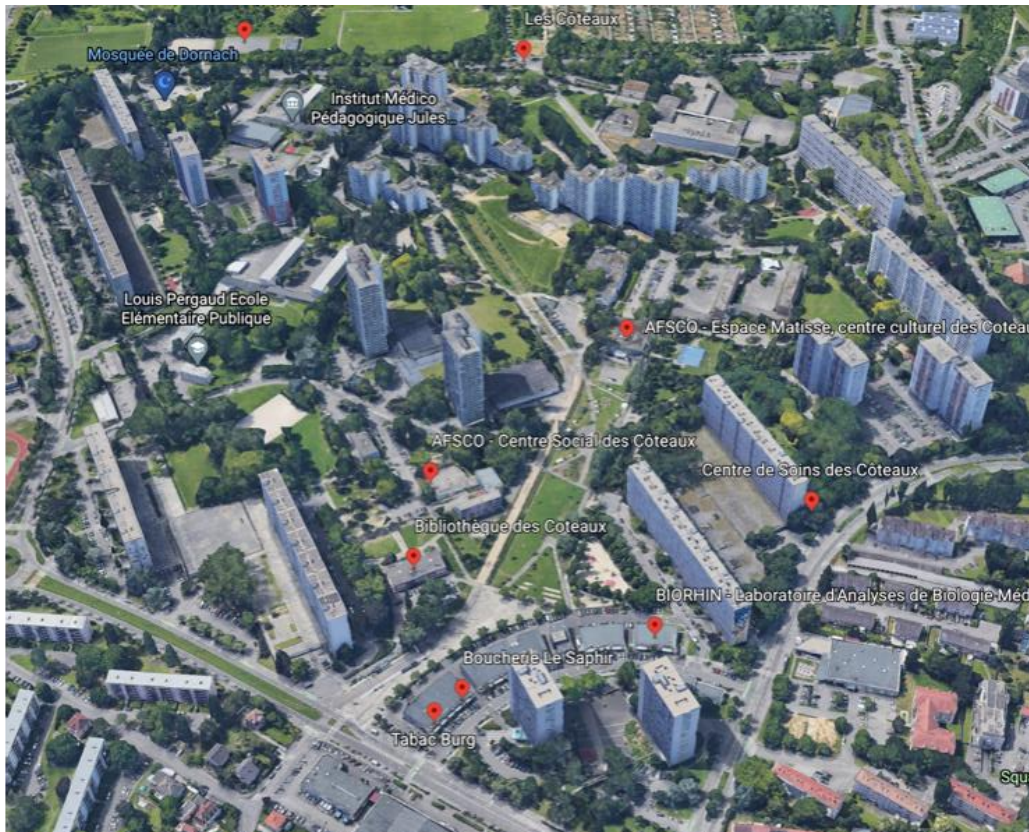


Illustration 8 : Vue d'ensemble du quartier des Coteaux à Mulhouse en 3D¹

D'un point de vue logement et en se référant à la classification des habitations faites par Cayouette-Remblière (2015), dans le quartier des coteaux apparaissent essentiellement des tours d'habitation (Cf. Illustration 8), contrairement au Neuhof et au Port-du-Rhin où ce sont des « habitations collectives hautes ou basses » qui dominent. Cette caractéristique est importante à prendre en compte car au-delà des inégalités de quartier cela peut mettre en évidence des inégalités de logements (Cayouette-Remblière, 2015) à l'intérieur d'un même quartier et/ou entre différents quartiers.

¹ Source : capture d'écran réalisée sur Google Earth.

Informations	Données Coteaux	Données QPV Alsace	Source	Date
Revenus médians disponibles par Unité de Consommation (UC)	12 142 €	9 342 €	INSEE/Filosofi	2012
Part de la population sous le seuil de pauvreté	48 %		INSEE/Filosofi	2012
Part des revenus d'activité	56%		INSEE/Filosofi	2012
Part des prestations sociales	24%		INSEE/Filosofi	2012
Taux de scolarisation des 16/24 ans	50,2%	50,3%	INSEE	2010

Tableau 23 : Données sociodémographiques sur les ressources économiques de la population des Coteaux

Le quartier des Coteaux a des caractéristiques sociodémographiques similaires aux quartiers du Neuhof et du Port-du-Rhin. En revanche, au niveau des résultats des bilans infirmiers réalisés par les personnels de l'Éducation Nationale auprès des élèves de 6^{ème} en 2014, une différence peut s'observer entre les Coteaux et le Neuhof. En effet, alors que 34% des élèves de 6^{ème} du Neuhof sont considérés en surpoids ou obèses, 25% des élèves de 6^{ème} des Coteaux sont en surpoids ou obèses. Le quartier des Coteaux est même en-dessous de la moyenne de l'ensemble des QPV d'Alsace (30%) et en-dessous également de la moyenne de la ville de Mulhouse (28%).

	Effectifs d'élèves de 6 ^{ème} interrogés	Absence de petit déjeuner le matin (1)	Prise de collation matinale (2)	Grignotage entre les repas (3)	Moins de 5 fruits et légumes par jour (4)	Boissons sucrées à table (5)	Trajets maison/école actifs (6)	2 h. ou + d'activité sportive hebdomadaire (7)	Surpoids (y compris obésité) (8)	Avis de vision non corrigée (9)	Brossage des dents irrégulier ou absent (10)	Temps de sommeil court (< 10 h.) (11)
QPV : Mulhouse - Quartier Les Coteaux	120	28%	61%	47%	89%	23%	82%	42%	25%	15%	17%	44%
Ensemble des QPV d'Alsace	1 612	23%	47%	43%	86%	25%	64%	39%	30%	14%	20%	44%
Mulhouse	934	22%	49%	38%	91%	21%	55%	42%	28%	16%	19%	41%
Hors QPV ou sans adresse	11 087	12%	32%	24%	88%	15%	35%	56%	21%	9%	9%	38%
Alsace	12 699	14%	34%	27%	88%	16%	39%	54%	22%	10%	10%	39%

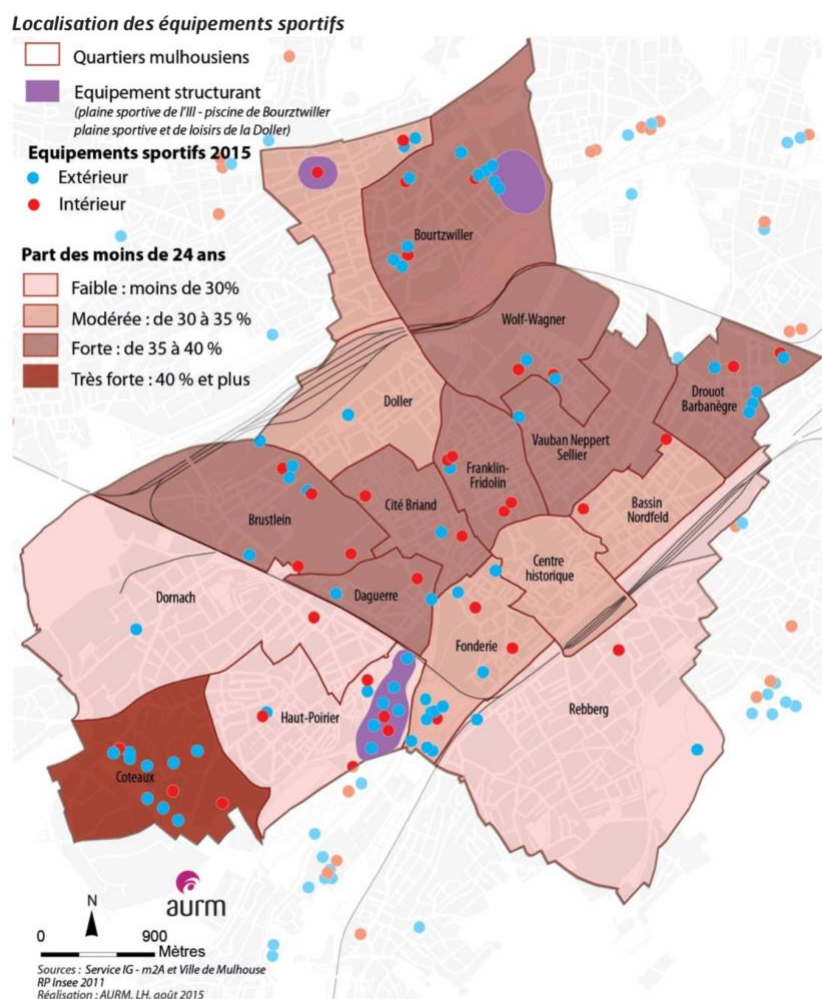
(1) Proportion d'élèves déclarant ne pas prendre un petit déjeuner le matin, les jours d'école.
(2) Proportion d'élèves déclarant prendre un goûter à l'école le matin.
(3) Proportion d'élèves déclarant grignoter entre les repas.
(4) Proportion d'élèves déclarant manger aucun ou de 1 à 4 fruits et légumes par jour.
(5) Proportion d'élèves déclarant boire principalement des boissons

sucrées à table.
(6) Proportion d'élèves déclarant la marche à pied ou le vélo comme principal moyen de locomotion pour aller à l'école.
(7) Proportion d'élèves déclarant pratiquer au moins deux heures d'activités sportives en club ou UNSS en dehors de l'école.
(8) Statut pondéral déterminé à partir de l'IMC (rapport poids/taille), le sexe et l'âge de l'élève, selon les références de l'International Obesity Task Force.

(9) Examen réalisé avec lunettes si l'enfant est déjà équipé. Il ne s'agit pas tant de vérifier la vue de l'enfant que la qualité de sa correction, lorsqu'il en a une, ou le besoin de correction.
(10) Proportion d'élèves déclarant ne jamais se brosser les dents ou de façon irrégulière.
(11) Temps calculé à partir de l'heure de coucher et de l'heure de réveil les jours d'école déclarés par les élèves.

Tableau 24 : Résultats bilans infirmiers réalisés par les personnels de l'Éducation Nationale auprès des élèves de 6^{ème} des établissements publics en 2014¹

¹ Source : Rectorat de l'académie de Strasbourg 2014, géoréférencement « Web service du CGET » - Exploitation ORS Alsace.



Du point de vue des équipements sportifs, le quartier des Coteaux semble bien doté comparativement aux autres QPV (Cf.

Figure 10). En effet, il contient des structures sportives intérieures et extérieures. Deux terrains de boules sont aménagés dans deux endroits différents du quartier, mais aussi trois gymnases multisports (dont un en cours de rénovation), un dojo pour la boxe, des

terrains de proximité pour jouer au football¹.

Figure 10 : Localisation des équipements sportifs à Mulhouse

Le centre socio-culturel du quartier propose des activités sportives pour les adolescents âgés de 12 à 17 ans sur les équipements des Coteaux. Ces activités sont animées par des éducateurs sportifs du centre et se font en partenariat avec les clubs sportifs. Il y a un créneau tous les vendredi soir de 18h à 20h et des créneaux tous les jours de la semaine matin et après-midi pendant les vacances scolaires². Pour les plus jeunes âgés de 3 à 13 ans, le centre socio-culturel propose des activités éducatives, des activités périscolaires, un accueil loisir les mercredis et pendant les vacances scolaires sur inscription. Malgré ces nombreux équipements sportifs et les activités mises en place par des associations, des clubs ou le centre

¹ Équipements cités dans le livret « Le sport à Mulhouse : pratique sportive, équipements, associations » de 2019 réalisé par la direction Sports et Jeunesse de la ville de Mulhouse.

² <https://www.afsco.org/index.php/fr/jeunesse/ados>

socio-culturel, certaines familles semblent ne pas trouver satisfaction pour des raisons différentes.

Difficultés à s'inscrire, manque de place pour les activités abordables

Propos recueillis auprès de la mère de Jessica âgée de 7 ans et qui participe au réseau ODE-RÉPPOP. C'est une famille monoparentale, la mère de Jessica vit seule avec elle et est actuellement au chômage. Une demi-sœur plus âgée vit avec son conjoint dans un autre quartier de Mulhouse.

Lors du premier entretien, avant les vacances de la Toussaint, la mère explique que *« pendant les vacances je sais pas j'ai envie de voir si y a encore de la place à l'AFSCO, je vais aller regarder. Je sais pas. La grippe m'a vraiment clouée, je vais aller regarder pour voir s'il y a de la place là-bas pour l'inscrire pour les deux semaines. Au moins pour deux jours par semaine ou trois. Déjà cet après-midi je vais sortir pour voir si elle a encore de la place pour l'inscrire et savoir déjà si on peut m'accorder quelques jours pour elle »*. La mère était malade la semaine précédente lors des inscriptions pour l'accueil loisir à l'AFSO pendant les vacances.

Lors du second entretien, la mère revient sur sa tentative d'inscription *« pour les vacances je l'inscrits souvent au centre aéré mais je suis arrivée ils n'avaient plus de places. Ils n'avaient plus de place à l'AFSCO, ça coûte un peu moins cher qu'à la mairie. Je n'ai pas voulu l'inscrire à la mairie pour les deux semaines ci parce que c'est trop de complications. Il faut aller la laisser quelque part le matin, il faut encore la récupérer dans l'après-midi par contre d'habitude on la prenait ici à côté alors la mairie pour les deux semaines si c'était... j'ai dit on va se concentrer un peu quand même pour faire aussi pour plus de devoirs. (...) Je ne comprends pas l'AFSCO pourquoi ne pas recruter plus de gens pour mettre un peu plus d'enfants ? Y a des demandes des gens oui. C'est ça le souci, y a des demandes »*.

La mère de Jessica a rencontré le même problème avec les activités périscolaires. Jessica *« n'a plus périscolaire maintenant parce qu'ils disent que... euh... que je n'étais pas venue à temps, que ce n'est plus ça, faut que je ramène un papier de l'employeur et comme je n'ai plus d'employeur... Elle n'a plus périscolaire moi normalement je la prends à seize heures quinze. Pareil comme au périscolaire, y a les gens qui veulent travailler, y a les parents qui veulent garder les enfants mais les places sont limitées. Tant pis pour les autres quoi »*.

Dans le cas de cette famille, la mère de Jessica n'a pas réussi à obtenir de place au centre socio-culturel ni à l'accueil périscolaire, d'une part car elle s'y est prise trop tard et que tout était complet et d'autre part – pour le périscolaire – n'ayant plus de travail elle n'est pas prioritaire. Elle souhaite remplacer ces activités, où Jessica aurait été en mouvement, par du temps de devoir à la maison. Il resterait des places pour des activités organisées par la mairie ou des clubs sportifs mais la mère n'a pas les moyens de dépenser de l'argent pour ces possibilités plus coûteuses et éloignées de son lieu d'habitation. Le statut socio-économique des parents peut en effet avoir un impact sur l'activité physique des adolescents (Stalberg & Pedersen, 2010).

Depuis janvier 2020, le quartier des Coteaux bénéficie du label d'excellence national « La cité éducative »¹. Grâce à ce label, permettant de récupérer 400 000 euros par an pendant 3 ans, plusieurs projets sont en cours et adaptés aux besoins des habitants. Les trois axes principaux développés dans ce quartier sont : « conforter le rôle de l'école », « promouvoir la continuité éducative » et « ouvrir le champ des possibles ». Une des volontés des acteurs de ce programme est de permettre aux plus jeunes de sortir des Coteaux sans être stigmatisés et à l'inverse, de faire rentrer des associations extérieures dans le quartier. Par exemple, 30 vélos ont été achetés et prêtés à une association qui accueille des élèves sur le temps extra-scolaire. L'objectif est de leur apprendre à respecter le matériel, le code de la route, à se déplacer à vélo et à l'entretenir. Il serait intéressant de voir si les enfants et adolescents en surpoids ou obèses du quartier s'inscrivent à ces ateliers.

Pratiquer une activité sportive en dehors du quartier pour limiter les contacts avec les jeunes des Coteaux

Propos recueillis auprès de la mère d'Amir âgé de 12 ans et inclus dans le réseau associatif ODE-RéPPOP. En semaine, la mère s'occupe de ses 4 enfants pendant que le père travaille, tandis que le week-end, le père s'occupe des enfants et la mère va au travail.

¹ « Les Cités éducatives visent à intensifier les prises en charge éducatives des enfants à partir de 3 ans et des jeunes jusqu'à 25 ans, avant, pendant, autour et après le cadre scolaire. Elles consistent en une grande alliance entre des acteurs éducatifs travaillant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville : services de l'État, collectivités, associations et habitants » : <https://www.mulhouse.fr/mon-quotidien/education/cite-educative-coteaux/>.

Amir souhaite faire de la boxe et sa mère lui cherche un club où il pourrait en pratiquer. Elle explique « *qu'il y en a deux. Il y en a un à côté et y en a un région Alsace là où il fait le sport aussi (il s'agit du sport proposé par le réseau ODE-RéPPOP le mercredi). Et y en a un après je dirai à côté, mais je veux pas celui-là à côté. Je me suis dit je vais aller quand même me renseigner là-bas, me renseigner là où il fait le sport les mercredis. C'est un peu loin mais c'est pas grave ! Je veux pas qu'il reste sur le quartier, qu'il fréquente les gens du quartier, qu'ils font en même temps de la boxe, ça je veux pas. Je veux quelque chose qui est un peu... que je le ramène y a plein de monde différent, d'enfants qui viennent de partout. Et c'est parce qu'aussi je l'inscris au quartier je veux pas parce déjà les enfants ils se voient à l'école, au collège, après ils vont se retrouver là-bas ils vont se... comme un jeu, ça je lui ai dit je veux pas* ».

La mère explique ne pas laisser tout le temps ses enfants sortir. « *Pas tout le temps, non, non. Dehors c'est pas vraiment... Je laisse mais pfff quand je dis quarante-cinq minutes faut quarante-cinq minutes il rentre. J'ai peur quand il fait plus en fait. Parce que je lui dis tu vas pour se défouler un petit peu, pour qu'il change un peu mais pas plus que quarante-cinq minutes. J'aime pas parce qu'on habite à la ZEU et y a beaucoup de monde, beaucoup de... gens et j'aime pas quand... je sais pas je pense comme ça, je veux pas qui fréquente beaucoup de monde en fait. Il faut qu'il reste là. Il joue, parce que les enfants ils ont besoin de jouer. Il faut pas les laisser à la maison avec l'écran, la tablette, les portables, la play tout ça, je veux pas qu'il reste sur ça et il faut qu'il sorte un peu juste au début. Et quelques fois, la plupart je sors avec eux. Je m'assoie sur le banc à côté pour que lui il joue (le petit frère âgé de 4 ans) et lui (Amir) je le surveille. Faut surveiller aussi même si on dit ils sont grands mais ils sont pas grands. Il faut être derrière tout le temps, tout le temps, tout le temps faut être derrière, les surveiller. Parce que les jeux de dehors c'est bien pour les enfants. (...) Il faut que les enfants sortent dehors, ils jouent un petit peu, mais il faut les parents, un des parents, soit le papa, soit la maman et sort avec l'enfant même s'il a douze ans, treize ans, ils ont le droit de sortir avec eux. Mais euh... de loin. On va pas dire que je suis la maman qui est collée à leur enfant mais au moins il sait que je suis à côté quand même. C'est qu'il y a quand même une barrière à côté, faut pas... faut pas dépasser. Après on peut pas dire que les enfants peuvent pas dépasser, mais... si un jour on n'est pas là ils vont dépasser. Mais quand même il faut qu'ils sachent comme quoi on est, comprennent que des choses on n'a pas le droit de les faire* ».

Dans ce cas, la mère d'Amir est prête à prendre plus de temps pour accompagner ses enfants à leur pratique sportive plutôt que de les inscrire dans l'association sportive du quartier où ils seraient mélangés avec les autres jeunes des Coteaux. Ainsi, malgré les équipements disponibles et les offres sportives proposées dans le quartier, la mauvaise réputation des Coteaux conduit cette mère et ses enfants à pratiquer des activités encadrées en dehors du quartier. Pour la pratique sportive non encadrée, la mère n'aime pas les laisser jouer dehors seuls, elle préfère les accompagner et les surveiller car elle n'aime pas la fréquentation du quartier et a peur qu'ils fassent des bêtises si elle n'est pas présente.

Le quartier peut avoir un impact sur les styles de vie actifs ou sédentaires d'un enfant ou d'un adolescent en surpoids ou obèse. C'est particulièrement le cas de Jordan âgé de 13 ans et qui a déménagé avant l'entrée au collège. Ce déménagement a bouleversé ses pratiques, l'a éloigné de ses amis, de ses grands-parents et la part d'activité physique quotidienne a nettement diminué. En effet, dans son ancien quartier, non classé comme QPV, Jordan habitait à proximité de son école et pouvait s'y rendre à pied ou à vélo. Après les cours, il allait toujours jouer avec un ami de son quartier avec lequel il faisait beaucoup de vélo. Ses grands-parents n'habitaient pas très loin et Jordan voyait régulièrement sa grand-mère avec laquelle il marchait beaucoup. Mais, depuis son arrivée dans le quartier des Coteaux, classé en QPV, ses occasions d'être en mouvement se sont réduites. Éloigné de son collège, il est obligé de prendre les transports en commun pour s'y rendre. Ses nouveaux amis ne sont pas très actifs et il a arrêté de faire du vélo. Au début, Jordan retournait régulièrement dans son ancien quartier pour voir sa grand-mère et il en profitait pour passer un moment avec son ancien ami. Mais, un an plus tard ses parents ont divorcé. De ce fait, la semaine Jordan vit chez sa mère et un week-end sur deux il va chez son père. Partagé entre deux lieux d'habitation (logement maternel et logement paternel), Jordan n'a plus l'occasion d'aller régulièrement dans son ancien quartier.

	Ancien quartier	Nouveau quartier
Déplacements	À pied ou à vélo pour se rendre à l'école	En bus et en tram pour se rendre au collège
Activités après l'école	Vélo ou jeux extérieurs avec un ami du quartier	Télévision, jeux vidéo, de temps en temps cinéma avec des amis
Activités pendant le week-end	Sorties avec la grand-mère, de longues promenades en famille	Jordan ne veut pas sortir, aucune activité sportive

Tableau 25 : Comparaison des activités physiques de Jordan entre son ancien et nouveau quartier

Finalement, le quartier des Coteaux est bien doté en équipements sportifs et en terme d'offre de pratique sportive encadrée comparativement à d'autres quartiers classés comme QPV. Néanmoins, il y a quand même des freins à la pratique d'activité sportive pour les enfants et adolescents en surpoids ou obèses. Il y a encore trop peu de places aux activités les moins onéreuses pour accueillir les enfants des familles les plus précaires. De plus, la fréquentation de ce quartier déplaît à certains parents qui préfèrent s'en éloigner pour inscrire leurs enfants à une activité physique et sportive encadrée. Le sentiment d'insécurité provoque une réticence de certains parents (notamment les mères) à laisser leurs enfants jouer dans les aires de jeux du quartier. Enfin, un changement de quartier au cours de l'enfance peut entraîner un changement de style de vie et faire basculer un enfant d'un style de vie actif à un style de vie sédentaire.

3. Sortir ou non dans le quartier : l'effet des représentations des familles

Chacun des trois quartiers étudiés a ses propres spécificités malgré des caractéristiques sociodémographiques similaires. Pourtant, il est possible de faire un rapprochement entre certaines familles issues de différents quartiers, notamment sur leur perception du lieu d'habitation. Les habitants des quartiers populaires font souvent part d'un sentiment d'insécurité qui les conduit à limiter leurs activités à l'extérieur de leur logement¹ (Pan Ké Shon, 2009 ; Vallet, 2019). Le regard des parents, et notamment des mères, sur le quartier, a un impact sur les sorties de l'enfant ou de l'adolescent et sa pratique d'activités physiques non encadrées et/ou encadrées dans la zone. Trois perceptions différentes du quartier d'habitation sont repérables. Certaines familles trouvent leur lieu d'habitation non sécurisé et ne permettent pas à leur enfant de jouer librement dehors voire même de pratiquer une activité physique et sportive au sein du quartier. D'autres n'ont aucune crainte vis-à-vis du quartier et permettent à leur enfant de sortir seul. Pour autant, les enfants ne sont pas forcément plus actifs dans le quartier. Enfin, certaines familles n'émettent aucun avis sur leur lieu de vie, ni favorable, ni défavorable, ce qui s'explique dans la plupart des cas par une arrivée récente dans le quartier.

3.1 Sentiment d'insécurité dans le quartier : un frein aux activités physiques des enfants ?

Sur les vingt-et-une familles rencontrées dans le cadre de cette recherche, neuf d'entre elles évoquent clairement un sentiment d'insécurité dans le quartier où elles vivent. Ce sentiment d'insécurité, fréquent dans les quartiers populaires (Pan Ké Shon, 2009 ; Vallet, 2019), conduit ces familles vers deux types de comportement. Pour six familles sur les neuf, le sentiment d'insécurité les incite à interdire à leur enfant toute sortie extérieure dans le quartier sans être accompagné soit par la mère, soit par le père. Pour les trois autres familles,

¹ Cf. <https://www.la-croix.com/France/Securite/Quand-sentiment-dinsecurite-empeche-sortir-chez-soi-2017-12-07-1200897687>

les parents prennent la décision d'inscrire leur enfant dans une activité sportive à condition qu'elle se déroule en dehors du quartier.

3.1.1 Un sentiment d'insécurité limitant l'activité physique des enfants et plus particulièrement des filles

Ce manque de sécurité se ressent dans plusieurs familles de différents quartiers populaires faisant écho à la revue de littérature déjà existante sur cette question de sentiment d'insécurité dans les quartiers défavorisés. Cet élément a déjà été mis en avant dans la partie 1.2.4 du chapitre 3. Au-delà de cette perception, d'autres éléments peuvent entrer en jeu et accroître le sentiment d'insécurité. Ainsi, pour une mère de famille du quartier des Coteaux, la peur est accentuée par un manque de confiance envers ses voisins.

« Ici tu as peur de tout. Je sais pas avec ce qu'il se passe et tout... (...) Déjà tu ne connais pas ton voisin donc tu as toujours un peu de boule au ventre quoi. Tu n'as pas le droit de laisser les enfants tous seuls sans surveillance d'un adulte » (mère de Jessica, 7 ans, Les Coteaux).

Tandis que pour une mère du quartier du Neuhof, l'âge est le principal facteur qui influence sa décision d'autoriser ou non son enfant à sortir seul dans le quartier ou se rendre seul à l'école.

« Juste là dehors elle tourne elle fait des tours de vélo. Mais elle sort pas hors du block. Et quand elle a des activités un peu loin. Enfin les activités c'est toujours moi qui l'accompagne ou son père quoi. (...) Non elle va jamais toute seule. Elle va nulle part toute seule. Peut-être l'année prochaine elle sera au collège. On verra, elle peut commencer à... pas trop loin. Mais bon elle peut commencer à faire des trajets seule. Mais là non. Elle a que 10 ans » (mère de Laura, 10 ans, Neuhof).

Cette appréhension liée à la localisation de leur domicile pourrait également trouver une explication dans les socialisations féminines et masculines des enfants. En effet, les six familles limitant les activités extérieures de leurs enfants par crainte de les exposer à des situations dangereuses sont interrogées à propos de leur fille en surpoids ou obèse (Cf. Tableau 26). D'après plusieurs études sur la socialisation du genre, les mères sont plus réticentes à laisser leur fille sortir seule (Court, 2017 ; Darmon, 2007), il y a une véritable

construction sociale des filles et des garçons (Guérandel & Court, 2010). Ceci peut contribuer à limiter les pratiques sportives des filles, d'autant plus dans les quartiers populaires où les mères vont leur transmettre ce sentiment d'insécurité. Arrivées à l'adolescence, les filles des quartiers populaires voient leur « pratiques éducatives restrictives renforcées » et par exemple, les déplacements actifs tels que le vélo pour se rendre au collège ne sont pas encouragés par leur entourage familial (Carver et al., 2010 ; Sayagh, 2016) . Les décisions semblent davantage émaner des mères et cela est cohérent avec une autre étude sur la pratique du vélo dans les quartiers populaires puisque « *dès lors, les modes de limitations familiales semblent davantage relever de l'autorité maternelle, notamment pour les filles dans les quartiers populaires* » (Vieille Marchiset et al., 2018).

3.1.2 Quand le sentiment d'insécurité conduit les enfants vers une pratique sportive à l'extérieur du quartier

Trois familles, et plus précisément trois mères, ont pris la décision d'inscrire leur enfant dans une activité sportive à condition qu'elle se déroule en dehors du quartier. Là aussi, les familles proviennent de quartier d'habitation différent mais tous classés comme QPV. À l'inverse des six familles précédentes, les enfants concernés sont tous de sexe masculin (Cf. Tableau 26). Pour ces familles le problème ne réside pas tant par la crainte qu'il arrive quelque chose à leurs garçons mais plutôt par le risque qu'ils aient de mauvaises fréquentations et basculent dans la délinquance. Pour éviter ce danger, les mères sont prêtes à s'éloigner du quartier pour accompagner leur fils à une activité sportive encadrée ou non.

Ce sentiment d'insécurité et la mauvaise réputation du quartier, ont ainsi été une des principales raisons du refus d'une mère à inscrire son aîné dans le dispositif PRECCOSS. En effet, les ateliers d'activité physique se déroulant dans le quartier d'habitation, la mère a refusé d'y inscrire son fils. Elle ne l'autorise pas non plus à se déplacer seul pour aller à l'école et justifie son sentiment d'insécurité par le fait d'avoir elle-même vécu dans ce quartier.

« Je veux dire en toute honnêteté c'est peut-être aussi à cause de moi parce que, bon j'ai grandi dans le Neuhof, je sais plus ou moins comment c'est hein. Mais euh je suis peut-être trop protectrice, j'essaye un peu trop peut-être. Oui voilà parce que là on a des jeunes qui viennent, après il veut sortir des fois avec son overboard, je veux pas parce que de peur qu'on les prenne... » (Mère de Yusuf, 10 ans, Neuhof).

À l'inverse, une autre mère du quartier des Coteaux accepte que son fils participe aux ateliers d'activité physique du réseau ODE-RéPPOP car ces dernières se déroulent en dehors de leur lieu d'habitation. En effet, cette mère de famille est très attachée à ce que ses enfants (fille comme garçons) pratiquent une activité sportive à condition qu'elle n'ait pas lieu dans leur quartier. Ainsi, lorsque son fils demande à s'inscrire à la boxe, sa mère regarde en premier lieu la localisation :

« En fait il y en a deux (en parlant des clubs de boxe). Il y en a un à côté et y en a région Alsace là où il fait le sport aussi (en parlant du sport proposé par le réseau ODE-RéPPOP). Et y en a un après je dirai à côté, mais je veux pas celui-là à côté. Je me suis dit je vais aller quand même me renseigner là-bas, me renseigner là où il fait le sport les mercredis. C'est un peu loin mais c'est pas grave ! Je veux pas qu'il reste sur le quartier, qu'il fréquente les gens du quartier, qu'ils font en même temps de la boxe, ça je veux pas. Je veux quelque chose qui est un peu... que je le ramène y a plein de monde différent, d'enfants qui viennent de partout. Et c'est parce qu'aussi je l'inscris au quartier je veux pas parce déjà les enfants ils se voient à l'école, au collège, après ils vont se retrouver là-bas ils vont se... comme un jeu, ça je lui ai dit je veux pas ». (Mère d'Amir, 12 ans, Les Coteaux).

Là aussi, comme précédemment, il s'agit également de prendre en compte d'autres facteurs qui viennent renforcer ces contraintes de lieu de pratiques. Ainsi, même si certains pères évoquent également un sentiment d'insécurité dans leur quartier, ce sont davantage les mères qui donnent l'autorisation ou non de la pratique sportive et des déplacements seuls (Vieille Marchiset et al., 2014 ; 2018).

Néanmoins, toutes les familles rencontrées ne perçoivent pas de sentiment d'insécurité dans leur quartier d'habitation.

Catégorie	Enfant	Quartier	Sexe	Age	Principales activités physiques
Sentiment d'insécurité	Maëlys	Coteaux	F	10	Sorties au parc avec sa mère
	Aïda	Neuhof	F	11	Sorties au parc avec sa mère
	Jessica	Coteaux	F	7	Sport ODE, Rares sorties au parc avec sa mère
	Sandra	Neuhof	F	8	Sortie au parc avec sa mère
	Yasmine	Neuhof	F	9	Sport PRECCOSS, Gym association
	Maryam	Neuhof	F	10	Sport PRECCOSS, Gym association
	Laura	Neuhof	F	10	Sport PRECCOSS, vélo UVS, jeux dehors
	Sacha	Neuhof	M	9	Sport PRECCOSS, Natation club, randonnées en famille hors quartier
	Amir	Coteaux	M	12	Sport ODE, sortie vélo en famille hors quartier
	Yusuf	Neuhof	M	10	Baignade en famille hors du quartier

Tableau 26 : Caractéristiques principales des familles dont au moins l'un des parents éprouve un sentiment d'insécurité dans le quartier

3.2 Des enfants autorisés à sortir dans le quartier : pas plus actifs pour autant

Parmi les vingt-et-une familles rencontrées, sept n'ont émis aucune crainte vis-à-vis de leur quartier, bien au contraire, elles s'y sentent en sécurité et ne voient aucun inconvénient à laisser leur enfant sortir seul pour aller jouer avec des amis ou des frères et sœurs. Pour autant, les enfants concernés ne semblent pas avoir un temps d'activité physique plus important si ce n'est moindre que les enfants dont les parents perçoivent un sentiment d'insécurité.

Pour trois de ces familles le père et/ou la mère ont vécu une partie ou toute leur enfance dans le quartier où ils résident actuellement.

La connaissance du quartier favorise la liberté de sortie des enfants : le cas de la famille de Sélim

Le père de Sélim a toujours vécu au Neuhof. Sélim, âgé de 14 ans, est libre de sortir tout comme ses sœurs. Il a une sœur aînée qui va à l'université et une petite sœur âgée de 10 ans.

« *J'ai toujours grandi dans un quartier ici quoi (en parlant du Neuhof). (...) Moi je suis né ici, ils (ses parents) sont venus en 77 mais ma mère avec cinq enfants, six enfants et moi et une petite sœur on est nés ici quoi* » (Père de Sélim).

Le père connaît donc bien le quartier et s'y sent en sécurité. Ses enfants sont libres de sortir seuls :

« *Oui, oui, je les laisse. Je donne l'heure et il rentre à l'heure quoi. Sinon quand ils sont dehors cet été ils étaient tard, trois heures avec les copains, même ma femme elle était dehors la nuit. Sinon c'est pas un enfant qui sort beaucoup. Je lui dis, des fois c'est moi qui le force à sortir* » (Père de Sélim).

La petite sœur de Sélim, âgée de 10 ans, se mêle alors à la discussion et déclare :

« *Mais moi je sors !* » (Petite sœur de Sélim) (Rires) Et le père confirme ses propos.
« *Toi tu sors (rire). Je parle pas de toi, je parle de ton grand frère !* » (Père de Sélim).

D'après ces propos, il est remarquable que malgré l'autorisation de sortie, Sélim ne semble pas souhaiter quitter l'appartement et préfère s'occuper à l'intérieur. Néanmoins, il précisera ne pas aimer sortir seul mais avec des amis.

« *Non j'aime pas sortir dehors tout seul parce que je m'amuse pas trop. Et je préfère sortir avec des amis. (...) Je fais beaucoup aussi si il fait chaud, je vais à la piscine (pendant les vacances d'été uniquement) avec des amis, on joue, on s'amuse* » (Sélim).

Finalement, hormis l'autorisation de sortie, d'autres facteurs interviennent sur le style de vie actif ou non de Sélim. En effet, la socialisation par les pairs semble pousser Sélim à pratiquer des activités physiques (football, piscine)¹ et cette dernière est possible grâce à l'autorisation donnée par le père de sortir seul du lieu d'habitation. Le sentiment de sécurité qu'éprouve le père vis-à-vis du quartier permet ici à Sélim d'avoir, s'il le souhaite, un style de vie plus actif.

¹ Ce point sera approfondi et analysé dans le chapitre 4.

Il est également remarquable que l'âge moyen des enfants de ce groupe de famille est plus élevé que celui de la catégorie précédente. L'âge de l'enfant peut conditionner la décision parentale pour l'autorisation de sortie sans adulte. D'après un article de la sécurité routière publié le 4 avril 2016¹, il est déconseillé de laisser son enfant seul dans la rue. En effet,

« même s'il le veut, il n'a pas les capacités pour assurer seul sa sécurité. Ce n'est que vers 11 ans qu'un enfant est vraiment capable de prévoir l'évolution des situations et d'anticiper. Jusqu'à cet âge, vous devez accompagner ses déplacements dans la rue ».

Entre 7 et 11 ans, l'apprentissage peut débuter et les parents peuvent commencer par exemple à lâcher la main de leur enfant. Toujours d'après la sécurité routière, ce n'est qu'à l'âge de 11 ans, c'est-à-dire à l'entrée au collège, que l'enfant peut être laissé en totale autonomie et se déplacer seul. Cela correspond aux caractéristiques de ces familles dont les enfants ont en moyenne plus de 11 ans (5 enfants sur 7) et sont scolarisés au collège ou lycée (6 enfants sur 7). Seul Ibrahim, âgé de 9 ans et en classe de CE2, ne rentre pas dans ces critères. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il est le dernier de la fratrie et le seul garçon. Ibrahim a trois grandes sœurs déjà toutes autonomes. Parfois, ce sont elles qui l'accompagnent dans ses déplacements : *« mes sœurs, sinon je pars tout seul. Je viens tout seul »* (Ibrahim, 9 ans, Neuhof).

Pas de sentiment d'insécurité	Julie	Neuhof	F	10	Sort avec une amie du quartier
	Chloé	Neuhof	F	15	Roller dans la cour de chez elle
	Aylan	Neuhof	M	11	Vélo au pied de l'immeuble
	Sélim	Neuhof	M	14	Parfois foot avec des amis du quartier
	Ibrahim	Neuhof	M	9	Parfois foot avec des amis du quartier
	Juliette	Port-du-Rhin	F	13	Aucune
	Jordan	Coteaux	M	13	Sport ODE

Tableau 27 : Caractéristiques principales des familles dont les parents n'éprouvent pas de sentiment d'insécurité dans le quartier

Malgré tout, les enfants dont les parents les laissent sortir seuls sans crainte ne semblent pas avoir un style de vie plus actif que ceux dont les parents éprouvent un sentiment d'insécurité et limitent les sorties. Sur les sept enfants aucun n'est inscrit, au moment de l'entretien, à une pratique sportive en club ou en association (Cf. Tableau 27). Certains garçons jouent plus ou

¹ Cf. <https://www.preventionroutiere.asso.fr/2016/04/04/entre-7-et-11-ans-en-route-vers-lautonomie/>

moins régulièrement au football avec leurs amis du quartier, d'autres restent à la maison. L'un d'entre eux, Ibrahim, participe aux activités proposées par le centre socio-culturel de son quartier, davantage axées sur la culture (visite de musée, parcs animaliers, cinéma). Il explique beaucoup jouer à la guerre et au football avec ses amis du quartier. Mais d'après sa mère,

« il bouge pas beaucoup. Il est toujours assis. Par terre, là-bas, par terre là. La guerre aussi il a marché il a pas couru » (Mère d'Ibrahim, 9 ans, Neuhof). Ibrahim se défend et explique *« mais j'ai envie de jouer au foot. Ça c'est pas pour courir c'est pour apprendre à dribbler, à faire des passes ! »* (Ibrahim, 9 ans, Neuhof).

Ces éléments rejoignent les résultats de la thèse de Lisa Lefèvre (2019) sur la participation des adolescents obèses en EPS. En effet, elle souligne que les enfants obèses participent aux cours d'EPS mais à leur manière avec notamment une mise en mouvement plus faible. Les adolescents obèses adoptent des techniques pour « se désengager silencieusement » des normes corporelles imposées par ces cours (Lefèvre & Marsault, 2021). Quant aux filles, elles ne sortent pas en dehors du périmètre de la résidence d'habitation et retrouvent des amies pour faire du vélo ou discuter en bas de l'immeuble. Une étude réalisée dans un autre quartier populaire strasbourgeois a montré qu'effectivement les filles pratiquant du vélo ne s'éloignent guère de leur bloc d'immeuble, souvent car elles n'ont pas l'autorisation de s'éloigner et par manque de confiance en leur capacités techniques (Vieille Marchiset et al., 2018). Ce n'est donc pas parce que les enfants passent du temps à l'extérieur sans les parents qu'ils ont des pratiques plus actives que les enfants qui ne sortent pas sans être accompagnés par un membre de leur famille.

3.3 Aucun avis émis sur le quartier : une majorité de familles récemment arrivées dans le quartier et qui restent entre eux à la maison

Lors de leur entretien, cinq familles n'ont pas du tout évoqué de sentiment de sécurité ou d'insécurité particulier en lien avec le quartier où ils résident. Les familles de Fatima¹ et de Farida² ont été exclues de cette classification car l'enquête n'a pas pu être menée de manière similaire. Comme pour les autres familles, il leur a bien été demandé quelles étaient leurs pratiques et quelles activités ils réalisaient dans leur quartier, mais elles n'ont jamais fait part d'un sentiment particulier à l'égard de leur lieu de vie. Il est possible d'apporter des explications à cela.

Premièrement, les trois familles restantes sont nouvellement arrivées dans le quartier (moins de deux ans), voire en France, et n'ont pas encore réellement eu le temps de se faire une opinion sur le quartier. C'est le cas, par exemple, d'Amina dont la famille s'est installée fin 2015 au Neuhof (soit un an et demi avant l'entretien³) :

« Euh on était sur Strasbourg mais avenue de Colmar. On est venu juste le 9, euh le mois de septembre 2014 ici en France. On était en Italie avant. (...) Elles (ses filles) sont nées là-bas » (Mère d'Amina, 9 ans, Neuhof).

Deuxièmement, avec ces trois familles (quatre enfants car Siméon et Zévan sont frères) les entretiens ont été plus difficiles à mener notamment avec les parents qui parlaient très peu le français. L'échange était rendu compliqué et les enfants devaient souvent faire les intermédiaires entre l'enquêtrice et leurs parents. Il est donc possible que les difficultés de

¹ Un seul entretien réalisé avec le père de Fatima dans les vestiaires du gymnase où se déroulent les ateliers d'activités physiques PRECCOSS quartier Neuhof. Fatima a un grand frère handicapé qui demande une présence quotidienne de sa mère auprès de lui. Le père travaille de nuit comme infirmier. D'après les propos du père, même si la famille est répertoriée comme résidant au Neuhof par l'équipe PRECCOSS et participe aux ateliers au Neuhof, ils semblent résider en-dehors du Neuhof dans le quartier à côté (Neudorf).

² Un seul entretien réalisé avec Farida en présence de son père, sa mère enceinte et son petit frère. L'ambiance était très pesante. À l'arrivée de l'enquêtrice, le petit frère était en pleur. La mère était proche de l'accouchement et ne parlait pas sans la permission de son mari. À la fin de l'entretien, le carnet de bord a été remis à Farida mais il n'a jamais pu être récupéré car le père n'a plus jamais répondu aux appels et messages laissés par l'enquêtrice. Farida n'était pas non plus présente aux ateliers d'activité physique proposés par PRECCOSS.

³ Les entretiens avec Amina et sa mère s'étaient déroulés en mai 2017.

communication aient été un biais par rapport à cette question de sentiment de sécurité ou non dans le quartier.

Néanmoins, en observant les styles de vie actifs de ces enfants, il en ressort qu'hormis les pratiques sportives proposées soit par le dispositif PRECCOSS, soit par le réseau ODE-RÉPPOP, ils ne sont inscrits dans aucune autre activité sportive encadrée. De plus, ils ne mentionnent pas d'activités (sédentaires ou actives) réalisées en dehors de chez eux : pas de sorties dans les aires de jeux, pas de vélo, pas d'activités en famille à l'extérieur. Et cela aussi bien pour l'enfant que pour ses parents. Seule Amina sort de chez elle pour retrouver ses amies en bas de l'immeuble. Elle a un grand-frère en situation de handicap¹ avec lequel la mère explique devoir passer du temps ce qui la limite dans ses sorties.

¹ Il a des troubles autistiques. L'enquêtrice n'a pas pu le rencontrer, car le premier entretien s'est déroulé en dehors du lieu de vie de la famille. Et il était endormi lors du deuxième entretien réalisé cette fois chez la famille.

Pas de sortie par peur du comportement de son fils : le cas de Siméon

Propos recueillis auprès de la mère de Siméon – 7 ans – et de Zevan – 13 ans – originaire d'Arménie. La mère évoque les difficultés rencontrées avec le plus jeune des garçons, né en France mais qui parle difficilement le français contrairement à son grand-frère né en Arménie.

« C'est Siméon et les deux sœurs sont nés en France, Zevan non, c'est en Arménie. Zevan bien parler, bien comprendre, Siméon non, très difficile c'est école aussi. Oui. Avant Zevan aussi, non maintenant très bien. Non Siméon non, Siméon c'est tout tout difficile. Tous les jours vous laissez regarder c'est portable. Manger, regarder, toilette, regarder, c'est tout » (Mère de Siméon et Zevan, 7 et 13 ans).

Les occupations de Siméon sont essentiellement des activités sédentaires et réalisées à l'intérieur du logement. Siméon et Zevan sont passionnés de jeux vidéo et y consacrent une grande partie de leur temps libre. La mère n'évoque pas de sentiment de sécurité ou non dans le quartier mais une crainte par rapport à son propre fils :

« Siméon j'ai peur de laisser sortir tout seul car il est très bagarreur, le problème c'est ça. Zevan non pas de problème. Mais Siméon même école aussi bagarrer, maison aussi avec sœurs, avec frère ».

Ainsi, les sorties seuls ne sont pas interdites par la mère mais le comportement de son fils ne l'encourage pas à l'autoriser de jouer à l'extérieur.

Le dernier élément commun à ces trois familles, est le fait qu'aucune d'entre elles n'a une situation stable avec un titre de séjour durable. Le père d'Azat explique qu'il faut renouveler les papiers tous les six mois pour pouvoir rester en France et qu'il a besoin d'un travail pour pouvoir changer de statut. Il consacre la majeure partie de son temps à la recherche d'un emploi dans les agences d'intérim. Il doit rester joignable au cas où quelqu'un le contacte. Au-delà de cette pression administrative et de la question de sécurité du quartier, les enfants et/ou les parents se retrouvent dans un nouveau pays où la culture et les représentations du corps, de la santé, du sport et bien d'autres ne sont pas toujours identiques à leur pays d'origine (Khmailia et al., 2011). Les familles – notamment les parents – font davantage part d'une « crise identitaire » liée en grande partie à l'opposition qu'ils ressentent entre leur culture d'origine et celle de leur pays d'accueil (Sayad, 1999 ; Rea & Tripier, 2003). Cette question de l'impact de l'origine des parents et de l'impact de l'immigration sur les représentations du surpoids et de l'obésité dans les QPV fera l'objet d'un chapitre à part entière (Cf. Chapitre 5).

Pas d' avis	Fatima	Neuhof	F	6	Sport PRECCOSS
	Farida	Neuhof	F	9	Aucune
	Amina	Neuhof	F	9	Sorties au pied de l'immeuble
	Siméon	Coteaux	M	7	Sport ODE
	Zevan		M	13	Sport ODE
	Azat	Neuhof	M	7	Sport PRECCOSS

Tableau 28 : Caractéristiques principales des familles dont les parents n'évoquent ni de sentiment d'insécurité, ni de sécurité dans leur quartier d'habitation

Catégorie	Enfant	Quartier	Sexe	Age	Principales activités physiques
Sentiment d' insécurité	Maëlys	Coteaux	F	10	Sorties au parc avec sa mère
	Aïda	Neuhof	F	11	Sorties au parc avec sa mère
	Jessica	Coteaux	F	7	Sport ODE, Rares sorties au parc avec sa mère
	Sandra	Neuhof	F	8	Sortie au parc avec sa mère
	Yasmine	Neuhof	F	9	Sport PRECCOSS, Gym association
	Maryam	Neuhof	F	10	Sport PRECCOSS, Gym association
	Laura	Neuhof	F	10	Sport PRECCOSS, vélo UVS, natation en club, jeux dehors
	Sacha	Neuhof	M	9	Sport PRECCOSS, natation club, randonnées en famille hors quartier
	Amir	Coteaux	M	12	Sport ODE, sortie vélo en famille hors quartier
	Yusuf	Neuhof	M	10	Baignade en famille hors du quartier
Pas de sentiment d' insécurité	Julie	Neuhof	F	10	Sort avec une amie du quartier
	Chloé	Neuhof	F	15	Roller dans la cour de chez elle
	Aylan	Neuhof	M	11	Vélo au pied de l'immeuble
	Sélim	Neuhof	M	14	Parfois foot avec des amis du quartier
	Ibrahim	Neuhof	M	9	Parfois foot avec des amis du quartier
	Juliette	Port-du-Rhin	F	13	Aucune
	Jordan	Coteaux	M	13	Sport ODE
Pas d' avis	Fatima	Neuhof	F	6	Sport PRECCOSS
	Azat	Neuhof	M	7	Sport PRECCOSS
	Amina	Neuhof	F	9	Sorties au pied de l'immeuble
	Siméon	Coteaux	M	7	Sport ODE
	Zevan	Coteaux	M	13	Sport ODE
	Farida	Neuhof	F	9	Aucune

Tableau 29 : Classement récapitulatif des enfants en fonction de la vision du quartier de leurs parents

4. Le style de vie actif des enfants et adolescents en surpoids ou obèses dans les quartiers populaires : effet de quartier ou de dispositif ?

Ce premier chapitre de résultats visait à observer de possibles effets de lieu (au sens de Bourdieu, 1993) et/ou de dispositif sur les pratiques physiques des enfants en surpoids ou obèses et de leur famille dans trois quartiers prioritaires de la politique de la ville, deux à Strasbourg (Le Neuhof et le Port-du-Rhin) et un à Mulhouse (Les Coteaux).

Conformément à la première hypothèse, il s'agissait de vérifier si les caractéristiques objectives et les spécificités de ces trois QPV pouvaient conduire ou non les familles vers un style de vie actif ou non et orienter leur rapport à l'activité physique, à l'alimentation et au surpoids, notamment pour l'enfant et son entourage. Sans oublier qu'à l'intérieur d'un même quartier des disparités entre les familles sont observables en fonction de leur niveau et lieu de vie (Furstenberg, 2001 ; Cayouette-Remblière, 2015 ; Bernard et al., 2019).

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques, de la mise en œuvre d'un dispositif de sport-santé et des entretiens réalisés avec les familles et les professionnels de santé du quartier du Neuhof a permis d'apporter des éléments de réponse à l'hypothèse de départ. Ce quartier bénéficie d'un réseau de santé important avec une Maison Urbaine de Santé (MUS) bien implantée depuis 2010. Cependant, les médecins de la MUS n'orientent plus systématiquement les enfants concernés par le surpoids ou l'obésité vers le dispositif PRECCOSS. D'après la littérature existante, les raisons de la non-prescription de l'activité physique par les médecins sont liées principalement à un manque de motivation des patients, mais aussi à un manque de temps ou de moyens financiers pour le professionnel de santé (Gérin et al., 2015 ; Barthel, 2017 ; Bauduer et al., 2018). Cela n'est pas le cas pour ce quartier prioritaire de la politique de la ville car la non-prescription est plutôt un choix du médecin en fonction des caractéristiques de la famille. Au-delà du surpoids constaté par le médecin, celui-ci répond plutôt à la « demande » des parents. Si l'enfant ou ses parents n'expriment pas d'inquiétudes liées à la surcharge pondérale ou qu'ils n'en n'ont tout simplement pas conscience, le médecin ne les oriente pas vers le dispositif. En effet, selon les médecins, imposer aux enfants et aux parents la pratique physique prescrite au sein du dispositif sans leur adhésion le rendrait inefficace (Gérin et al., 2015 ; Barthel, 2017 ; Bauduer et al., 2018).

Une autre difficulté mise en avant par les familles est le manque d'offres sportives et de loisirs au Neuhof. Plusieurs études ont montré que dans les quartiers populaires, les enfants et adolescents pratiquent moins d'activité physique qu'ailleurs (Aubel et al., 2008 ; Megherbi, 2016). Ceci peut s'expliquer en partie par une offre sportive limitée aussi bien en nombre de club ou associations sportives présents sur le territoire qu'en type d'activités proposées (Gasparini, 2010 ; Gasparini & Vieille Marchiset, 2015 ; Mondésir, 2019) mais est également lié à un environnement peu propice à l'activité physique auto-organisée de proximité. En effet, de nombreuses familles ne souhaitent pas que leur enfant s'éloigne de leur lieu d'habitation pour sa pratique physique. De plus, les créneaux d'activité physique organisée ne sont pas toujours adaptés aux caractéristiques des familles, notamment avec la proposition d'activités entre midi et deux à l'école. En effet, les enfants de nombreuses familles des quartiers populaires rentrent déjeuner chez eux pour des raisons financières et/ou culturelles (Ginioux et al., 2006 ; Tichit, 2012). Certains parents rencontrés ont également fait part d'un sentiment d'insécurité dans leur quartier, sentiment souvent mis en exergue dans les enquêtes sur les milieux populaires (Pan Ké Shon, 2009 ; Vallet, 2019). Ceci peut être un frein à la pratique d'activité physique en extérieur pour les enfants, même si d'autres éléments sont à prendre en compte.

D'autres facteurs interviennent comme le « goût » familial à l'activité physique. Les goûts sportifs varient en fonction du niveau de vie et de la classe sociale des habitants (Bourdieu, 1979 ; Pocielle, 1981 ; Bodin et al., 2004 ; Lizé & Roueff, 2010). Ainsi, le fait de considérer la pratique d'une activité physique comme « bonne » pour la « ligne » ou la « santé » est plus important dans les classes moyennes et supérieures (notamment chez les femmes) que dans les classes populaires.

On voit donc qu'au Neuhof, il existe bien un effet de quartier qui peut parfois constituer un frein à la mise en mouvement des enfants et adolescents en surpoids ou obèses orientés vers le dispositif PRECCOSS. D'autres facteurs méritent évidemment d'être analysés – notamment le rôle de l'entourage sur la transmission d'un style de vie actif ou non –, ce qui sera l'objet des chapitres suivants.

Concernant le Port-du-Rhin, la comparaison avec les deux autres quartiers est difficile en raison d'un trop faible nombre de familles rencontrées. Le recueil de données a été plus compliqué et la méthodologie a dû être adaptée. Ceci étant, après analyse des données, des

résultats intéressants permettent tout de même de répondre au moins en partie à l'hypothèse. Du point de vue de l'offre sportive, le quartier est l'un des moins bien dotés de la ville de Strasbourg. Il n'y a qu'un seul gymnase situé dans l'école du Port-du-Rhin. Les possibilités de pratique sportive sont quasiment inexistantes et bien moindres que celles du Neuhof. Le Port-du-Rhin, quartier le plus pauvre de Strasbourg, bénéficie depuis 2010 du plus grand projet de rénovation urbaine de la ville. Ce choix fait suite aux dégradations urbaines qui ont eu lieu dans le quartier en 2009 suite à l'organisation du sommet de l'OTAN. À partir de 2015, une étude sur l'impact de la santé dans le quartier est menée et alerte sur le fait qu'aménager le quartier ne suffira pas à permettre aux anciens habitants un taux de pratique sportive plus important. En effet, le programme de réaménagement a permis la création de nouvelles pistes cyclables pour favoriser les déplacements actifs, néanmoins ces équipements sont peu fréquentés par les habitants du quartier. Cela pourrait s'expliquer par de possibles freins liés à la faible pratique du vélo (notamment pour les filles et les femmes) et à des ressources financières limitées (achat d'un vélo). Ces éléments avaient déjà été mis en avant dans le cadre d'une étude sur l'impact du dispositif SSSO et le constat que les abonnements de vélo ne fonctionnaient pas car de nombreux bénéficiaires ne savaient tout simplement pas en faire (Gasparini & Knobé, 2015). Ce réaménagement a aussi pour but de développer la mixité sociale du Port-du-Rhin et d'agir sur les effets de quartier. Pourtant, les inégalités semblent se creuser entre les anciens et les nouveaux habitants. D'après le personnel du centre socio culturel, les habitants ne souhaitent pas sortir de leur quartier pour des raisons financières mais également en raison des configurations familiales avec une part importante de familles monoparentales. Les familles orientées vers le dispositif PRECCOSS ne souhaitent pas y participer car il n'est pas possible de réaliser les rendez-vous avec l'équipe professionnelle et les ateliers dans leur quartier d'habitation. Une maison urbaine de santé doit bientôt y voir le jour et devrait inclure une présence régulière de l'équipe PRECCOSS dans le quartier. Reste à savoir si cette nouvelle offre attirera ou non les familles dans le dispositif.

Le dernier quartier de l'étude, celui des Coteaux à Mulhouse, met à jour d'autres éléments spécifiques et intéressants. Ce quartier n'a pas la même configuration architecturale que les deux précédents. En reprenant la typologie de Cayouette-Remblière (2015), la plupart des logements sont des « tours d'habitation » tandis qu'au Neuhof et au Port-du-Rhin ce sont davantage des « habitations collectives hautes ou basses ». De plus, le quartier présente un

taux de surpoids et d'obésité parmi les élèves de sixième plus bas comparativement à la moyenne des autres QPV d'Alsace. Il bénéficie de nombreux équipements sportifs et d'un centre socio-culturel très actif proposant des activités physiques régulières adaptées aux adolescents. Néanmoins, au sein des familles rencontrées, les plus défavorisées évoquent des difficultés à inscrire leurs enfants dans des clubs ou associations sportives ou aux activités du centre socio-culturel, sans doute aussi par manque d'anticipation et de connaissance des activités proposées. Ce constat confirme le fait que le statut socio-économique a un impact important sur le taux de pratique d'activité physique (Stalsberg & Pedersen, 2010). Parfois, les mères choisissent d'inscrire leurs enfants dans des activités en dehors du quartier pour éviter les « mauvaises fréquentations » du quartier d'habitation. Là encore, le sentiment d'insécurité (Pan Ké Shon, 2009 ; Vallet, 2019) peut expliquer le choix du lieu de la pratique sportive des enfants.

Concernant l'effet des dispositifs, la comparaison entre PRECCOSS et RÉPPOP est difficile notamment du fait d'un manque d'informations obtenues auprès du second. Néanmoins, force est de constater que, quels que soient les dispositifs, de nombreux enfants qui y sont orientés par leur médecin ne souhaitent pas y aller. Par ailleurs, le lieu des ateliers proposé peut aussi bien avoir un impact positif ou négatif selon les représentations des familles. Par exemple, le réseau RÉPPOP intervient en dehors du QPV ce qui convient très bien à certaines mères de famille qui préfèrent que leur enfant sorte du quartier pour y faire de nouvelles rencontres. À l'inverse, d'autres familles, particulièrement au Port-du-Rhin souhaiteraient la venue de PRECCOSS dans leur quartier et ne sont pas prêtes à se déplacer en dehors du leur. Des logiques différenciées s'observent donc entre les quartiers mais également entre les habitants d'un même quartier. Cet effet de dispositif sera analysé tout au long des chapitres des résultats car le seul lieu d'habitation ne peut suffire à déterminer un possible effet de dispositif sur les styles de vie actif ou non des enfants et adolescents en surpoids ou obèses.

Après avoir analysé chacun des quartiers indépendamment l'un de l'autre, mis en évidence trois perceptions différentes du lieu de vie et observé des spécificités qui leur sont propres, des similitudes sont également repérables, notamment sur les représentations des familles sur leur lieu d'habitation. Des familles évoquent un sentiment d'insécurité dans leur quartier les conduisant vers deux comportements différenciés. Certaines limitent les sorties

de leurs enfants à l'extérieur et ne les autorisent pas à se déplacer seuls, sans la présence d'un adulte. Quand d'autres font le choix de faire sortir leurs enfants en dehors du quartier pour la pratique d'une activité sportive (en club ou en famille). Quoi qu'il en soit, il est difficile de vérifier ce qui tient vraiment du sentiment d'insécurité d'une socialisation genrée (Darmon, 2007 ; Court, 2017) et de l'autorité parentale envers les filles et les garçons. Les mères semblent réticentes à laisser leur fille sortir seule – notamment dans les quartiers populaires (Vieille Marchiset et al., 2018) – y compris pour leur déplacement et mobilité active. Ceci a déjà été montré avec la pratique du vélo dans des quartiers populaires, où les filles ne sont pas autorisées ou encouragées à se déplacer à vélo pour se rendre au collège (Carver et al., 2010 ; Sayagh, 2016 ; Vieille Marchiset et al., 2018). Dès lors, quel est le poids du sentiment d'insécurité face à ces socialisations genrées ? Ce qui est certain c'est l'impact sur le style de vie actif des enfants en particulier les filles. À l'inverse, d'autres familles n'éprouvent pas ce sentiment d'insécurité dans leur lieu d'habitation et notamment les parents qui ont eux-mêmes grandi dans le même quartier. La connaissance de l'environnement du domicile par les parents semble ainsi favoriser l'accès autonome à l'espace public de proximité de leurs enfants. Néanmoins, ces derniers ne semblent pas pour autant avoir un style de vie plus actif. La principale différence réside dans l'âge des enfants et adolescents qui se situe autour de 13 ans en moyenne contre moins de 10 ans pour les familles précédentes. Les enfants sortent davantage de leur logement mais pas essentiellement pour « bouger » ou se dépenser physiquement. D'après leur discours et celui de leurs parents, ils retrouvent leurs amis pour jouer et/ou discuter avec une mise en mouvement faible. Les prochains chapitres permettront d'analyser si cela est dû à un désengagement volontaire de la pratique sportive, comme c'est le cas de certains adolescents obèses lors des cours d'EPS (Lefèvre, 2019). Aussi, une fois encore, une différenciation sexuée semble apparaître avec des filles autorisées à faire du vélo seules mais à proximité de l'immeuble. On observe ainsi un manque de confiance dans les capacités techniques des filles à vélo et des autorisations plus difficilement données par les mères (Vieille Marchiset et al., 2018). Enfin, trois familles n'ont pas émis de perception particulière par rapport à la sécurité ou non de leur lieu d'habitation. D'autres enjeux et priorités – notamment culturels et de régularisation administrative – semblent se jouer pour ces familles de migrants nouvellement arrivées dans leur quartier. Ils seront analysés dans le chapitre 5 de cette thèse.

Ce chapitre apporte un éclairage sur l'impact des lieux d'habitation sur le style de vie actif ou non des enfants en surpoids ou obèses et leur entourage, orientés vers des dispositifs de prise en charge proposant de l'activité physique. L'offre sportive disponible, l'implantation des dispositifs, des centres socio-culturels et des maisons urbaines de santé semblent avoir une répercussion importante sur, d'une part, l'adhésion ou non des familles aux dispositifs de prise en charge, et d'autre part, le style de vie actif ou non des enfants et adolescents. L'hypothèse de départ peut ainsi être vérifiée. Par ailleurs, ces effets de quartier et l'analyse de la structure de l'espace social (« effet de lieu » au sens de Bourdieu) ne permettent pas à eux seuls d'expliquer ce qui conduit ou non les familles vers des styles de vie actifs ou non. Il est nécessaire d'analyser d'autres facteurs comme l'effet des socialisations genrées, des configurations familiales et des autres acteurs de transmission des styles de vie afin de mieux comprendre les rapports à l'activité physique, à l'alimentation et au corps pour ces enfants et adolescents ainsi que leur entourage.

Chapitre 4

Enfants et adolescents en surcharge pondérale au cœur d'un système de transmission : une pluralité d'acteurs aux rôles différenciés sur les pratiques sportives

Suite à l'analyse des effets de quartier sur les trois terrains de l'enquête, ce chapitre sera dans un premier temps consacré à l'étude du rôle de l'entourage familial sur la transmission et la réception d'un style de vie actif chez les enfants et adolescents en surpoids ou obèses. Comme nous l'avons vu dans les chapitres 1 et 2, l'état de l'art atteste d'un rapport différencié des enfants et adolescents au corps et aux pratiques physiques selon des facteurs sociaux et de genre. Le corps des filles et le corps des garçons est différemment et socialement construit (Guérandel & Court, 2010). Le style de vie actif ou non d'un enfant ou adolescent en surpoids ou obèse est socialement marqué (Omourou et al., 2020). Les mères semblent davantage présentes dans l'accompagnement des enfants de moins de 12 ans aux activités physiques et les filles semblent être moins autonomes dans les trajets domiciles – lieu de l'activité ou de l'école (Carver et al., 2010 ; Sayagh, 2016 ; Grassler, 2017 ; Vieille Marchiset et al., 2018 ; Vieille Marchiset, 2019). Ainsi, des différences sont notables en fonction des sexes dans la transmission de style de vie actif (Daréoux, 2007 ; Grassler et al., 2019b). Les pères transmettent davantage aux garçons et les mères davantage aux filles et ce quel que soit le milieu de vie (milieux populaires ou milieux plus favorisés). Les mères cherchent à transmettre le goût et la continuité de la pratique sportive alors que les pères chercheraient plutôt à transmettre leur passion sportive (Mennesson, 2011 ; Vieille Marchiset & Tatu-Colasseau, 2012). De plus, il est nécessaire de prendre en compte la place de l'enfant au sein de la fratrie et son sexe puisque tous ne recevront pas forcément la même éducation de la part de leur parent (Octobre et al., 2010).

Le premier objectif de ce chapitre consistera à analyser d'une part les rôles différenciés entre les membres de la famille (enfant, adolescent, père/beau-père, mère/belle-mère, grands-parents) et, d'autre part, la transmission hétérogène des styles de vie en fonction du sexe de l'enfant et de sa place dans la fratrie. Il s'agira ainsi de démontrer la participation de chacun dans la transmission et la réception des styles de vie actifs chez l'enfant en surpoids ou obèse.

Au-delà de l'entourage familial, d'autres instances socialisatrices sont également susceptibles d'influencer la transmission et la réception d'un style de vie actif ou non. À l'adolescence, les jeunes semblent se détacher des « habitudes » et style de vie familiaux/parentaux pour se rapprocher de celles des pairs ou de l'école (Hoggart, 1970 ; Maurice, 2013). Pour les membres des classes populaires, les instances de socialisation

extérieures à la famille transmettent cependant des normes alimentaires et sportives qui sont quelques fois en contradiction avec celles véhiculées dans le cadre familial (Diasio, 2014 ; Maurice, 2015). Ces discours peuvent également être contradictoires entre différents membres d'une même instance. Les professionnels de la santé et de l'activité physique ne sont pas toujours en accord sur la marche à suivre pour lutter contre l'obésité infantile (Merlaud & Terral, 2016). C'est pourquoi, la deuxième partie de ce chapitre permettra d'analyser l'existence et le rôle d'autres instances – notamment les professionnels des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile et les pairs – dans la transmission et la réception des styles de vie actifs chez les adolescents en surpoids ou obèses résidant dans un quartier populaire. Dès lors, il s'agira d'analyser l'influence de chacun de ces acteurs véhiculant des discours et des injonctions contradictoires par rapport à celui de l'entourage familial sur le style de vie des adolescents en surpoids ou obèses.

1. La famille comme principale instance de transmission d'un style de vie actif

La famille, et plus particulièrement la mère ou le père voire les deux, ont un rôle important à jouer dans la transmission d'un style de vie actif ou non chez l'enfant. Les parents sont les principaux acteurs de cette transmission (Skouteris et al., 2012), même si un rôle différencié peut être constaté entre les mères et les pères et en fonction de la fratrie. La configuration familiale peut avoir un impact sur le taux d'activité physique de l'enfant et son style de vie.

1.1 Un rôle différencié : importance des mères dans l'accompagnement et l'incitation à la pratique sportive

La première constatation est que les mères semblent être à l'origine de la décision d'inscrire ou non leur enfant dans les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile – au sein du dispositif PRECCOSS ou du réseau ODE-RÉPPOP –. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que c'est généralement lors des consultations chez le pédiatre ou médecin traitant que ce dernier propose à l'enfant et au parent présent de l'orienter vers l'un des dispositifs. Le parent présent aux rendez-vous médicaux des enfants est généralement la mère, tout comme c'est la mère qui est appelée en première lorsque l'enfant se sent mal à l'école (Bessière & Gollac, 2020). La mère est donc la première informée de l'existence de ces dispositifs et se charge des formalités administratives afin de débiter la prise en charge. Même si parfois, l'enfant vient seul ou accompagné du père comme l'explique l'un des médecins prescripteurs du Neuhof :

« C'est hyper variable, des fois ils envoient les enfants tous seuls, ça nous arrive dans le quartier, on voit des enfants de 7-8 ans qui viennent tous seuls, des fois ils viennent avec leur grand-frère, leur grande-sœur qui sont pas bien plus âgés 10-11 ans, ils viennent souvent avec leur mère, parfois les deux parents et parfois le père seul et alors quand c'est le père seul c'est très drôle parce que soit ils disent oui c'est ma femme qui m'a envoyé moi je sais pas... et puis quand on essaye de parler de la courbe de poids tout ça, il dit où là vous verrez avec ma femme moi je sais pas. Enfin c'est, on sent que bon souvent c'est comme ça. Donc c'est hyper variable, il n'y a aucune... après c'est difficile quand les enfants viennent seuls de leur faire l'ordonnance

parce qu'on sait que ça va être perdu, c'est plus difficile, j'en parle plus facilement quand il y a un ou les deux parents » (Médecin prescripteur, Neuhof).

D'après les propos de ce médecin, une nette différence est observable selon que l'enfant soit accompagné ou non et selon le parent présent. S'il vient seul ou accompagné de frères et sœurs à peine plus âgés que lui, le médecin ne propose pas d'ordonnance pour l'orienter vers PRECCOSS. Avec le père, elle en parle mais souvent ce dernier préfère reporter la question lors d'un prochain rendez-vous en présence de la mère de l'enfant. C'est uniquement lorsqu'elle est présente, que le sujet peut être plus aisément abordé. Ceci montre bien l'implication de cette dernière dans l'adhésion au dispositif. Cette présence majoritaire des mères dans le milieu médical – notamment dans les quartiers populaires – a déjà été relevée dans la littérature (Gojard, 2010 ; Lahire, 2019 ; Bessière & Gollac, 2020).

Une fois inclus dans le dispositif, ce sont également les mères, qui accompagnent majoritairement les enfants ou adolescents lors des rendez-vous de suivi ou aux différents ateliers de cuisine, d'activité physique et/ou de psychologie. Ceci a été unanimement observé par les professionnels à la fois du dispositif PRECCOSS et du réseau ODE-RéPPOP. Ainsi l'explique l'une des médecins du réseau ODE-RéPPOP :

« La première journée on a parfois des papas et des mamans ensemble, qui viennent ensemble mais qui ne sont pas forcément dans une configuration familiale où ils sont ensemble. Ils sont très souvent séparés, divorcés, c'est des familles recomposées. Néanmoins ils font pas mal l'effort de venir les premières demi-journées ensemble. Après c'est plus disparate sur le parcours de soin, il y en a où quand c'est des familles séparées ils vont alterner, n coup c'est le papa, un coup c'est la maman. Il y a beaucoup de mamans seules qui viennent et sur tout le parcours de soin qui sont toutes seules. Et parfois il y a les joies des familles recomposées, je dis joie parce que d'un coup on va avoir 15 personnes qui vont être... enfin non c'est pas que recomposé le souci. C'est que parfois on va avoir un papa et une maman et puis un éducateur ou parfois on va avoir l'éducateur seul aussi avec un enfant qui est placé, qui est en foyer, qui a juste aucun parent qui accompagne ça ça arrive, c'est pas le plus souvent mais ça arrive aussi de temps en temps. Mais on va dire la plupart du temps c'est quand même une maman et un enfant » (médecin, réseau ODE-RéPPOP).

Même si parfois les deux parents sont présents (plus souvent lors du premier rendez-vous d'inclusion) et que quelques fois, le père accompagne seul l'enfant, par exemple dans le cas de parents divorcés et que le rendez-vous tombe sur sa semaine de garde, cela reste majoritairement les mères qui sont présentes. En fonction de l'âge, et notamment à partir de l'adolescence, certains se déplacent seuls et ne sont plus accompagnés lors des rendez-vous de suivis. C'est parfois une demande du professionnel qui souhaite s'entretenir seul avec l'adolescent afin de lui permettre de s'exprimer plus librement et de se responsabiliser.

Plus particulièrement en ce qui concerne les activités physiques proposées par les dispositifs, les mères semblent, là aussi, davantage impliquées dans l'accompagnement des enfants aux ateliers quels qu'ils soient. D'après les observations menées au cours des ateliers d'activité physique aussi bien dans le dispositif PRECCOSS que le réseau ODE-RÉPPOP, la majorité des enfants viennent accompagnés par leur mère. Les plus âgés, c'est-à-dire à partir de 12 ans, s'y rendent parfois seuls. Un seul père venait accompagner sa fille au dispositif PRECCOSS et faisait figure d'exception. La situation familiale peut expliquer en partie cette organisation. En effet, la mère reste à la maison pour s'occuper du grand-frère de Fatima lourdement handicapé. C'est donc le père qui amène Fatima (6 ans) les samedi matins aux ateliers d'activité physique. Pendant le cours de Fatima, le père reste à proximité du lieu de l'activité et marche et/ou joue avec la petite sœur âgée de 3 ans et demi. Son emploi d'infirmier de nuit, ne lui permet pas de venir tous les samedi, Fatima est donc présente une semaine sur deux en moyenne. Mis à part ce père, rares sont ceux qui déposent leur enfant à ces ateliers.

Des ateliers d'activité physique enfant-parents : plus les enfants sont âgés, plus les pères sont présents

Le réseau ODE-RÉPPOP organise chaque mois des ateliers obésité enfant-parents d'activité physique. Lors de ces ateliers la présence d'au moins un parent est obligatoire. En fonction de l'âge des enfants, le parent majoritairement présent n'est pas le même.

Pour les ateliers d'activité physique réservés aux enfants de moins de 10 ans, comme « Le monde de didou », ce sont davantage les mères qui accompagnent l'enfant pour participer, avec néanmoins une présence de certains pères.

Tandis que pour les ateliers d'activité physique réservés aux enfants de plus de 10 ans, comme « Vis ta santé », ce sont davantage les pères qui accompagnent l'enfant pour participer. Les activités sportives ne sont pas les mêmes en fonction de l'âge.

Il s'agit de réaliser une chasse aux trésors avec de petits ateliers physiques ludiques pour les plus jeunes et un parcours de santé avec des épreuves adaptées au poids et à la santé de l'enfant pour les plus âgés.

Finalement, les mères sont davantage impliquées dans la prise en charge des enfants au sein des dispositifs, sont plus présentes pour les accompagner aussi bien chez le médecin, qu'aux rendez-vous PRECCOSS ou ODE-RÉPPOP et qu'aux différents ateliers qui y sont proposés. Par contre, les pères se rendent davantage aux ateliers d'activité physique où la participation d'au moins un des parents est obligatoire. Aussi, force est de constater que la présence majoritaire des pères aux ateliers de pratique s'accroît à mesure de l'avancée en âge de l'enfant et de l'augmentation de l'intensité de l'activité physique.

Concernant l'implication de la mère et du père dans la pratique d'activité physique de l'enfant en dehors des dispositifs, là aussi un rôle différencié est observable.

Pour les sorties extérieures dans des parcs, les mères sont les principales accompagnatrices des enfants, d'autant plus lorsqu'elles sont mères au foyer et que leur mari ou conjoint travaille. En effet, sur les vingt-et-une mères rencontrées les deux tiers sont sans emploi. Sur les sept mères ayant un emploi, quatre sont divorcées et trois d'entre elles ont la

garde des enfants toutes les semaines et un week-end sur deux. Deux mères travaillent mais sur des périodes restreintes à mi-temps ou le week-end (Cf. Tableau 30). À l'inverse, seulement quatre pères sur vingt-et-un sont sans emploi. Parmi les pères divorcés, il a été difficile d'obtenir des informations car l'enquêtrice n'a pas pu entrer en contact avec eux. Les mères refusent souvent de parler de leur ex-mari et les enfants ne connaissent pas toujours la situation professionnelle de leur père.

Configuration familiale	Enfant	Profession mère	Profession père	Sorties extérieures
Parents Mariés	Maëlys	Sans emploi	Concierge	Mère
	Amir	Employée	Ouvrier	Mère en semaine, père le week-end
	Siméon Zévan	Sans emploi	Sans emploi	Mère
	Sélim	Sans emploi	Ouvrier	Seul, jardinage avec père
	Aïda	Sans emploi	Ouvrier	Mère
	Chloé	Employée	Employé	Seule, activités en famille
	Fatima	Sans emploi	Infirmier	Père
	Azat	Sans emploi	Sans emploi	Mère
	Farida	Sans emploi	Sans emploi	Mère
	Yasmine Maryam	Sans emploi	Sans emploi	Mère
	Laura	Congé maternité	Ouvrier	Mère
	Sacha	Sans emploi	Ouvrier	Mère
	Sandra	Sans emploi	Ouvrier	Mère
	Amina	Sans emploi	Employé	Mère
	Ibrahim	Sans emploi	Ouvrier	Mère
Yusuf	Employée	Employé	Mère	
Parents Divorcés	Juliette	Employée	/	Père
	Aylan	Employée	/	Mère
	Julie	Employée	Ouvrier	Enfant seule
	Jordan	Employée	/	Mère
Monoparentale	Jessica	Sans emploi	/	Mère

Tableau 30 : Configuration familiale et emploi des parents

Par exemple, Sélim n'a pas les mêmes activités avec sa mère qu'avec son père. La principale activité extérieure qu'il réalise avec son père est le jardinage : « *Oui parfois on va au jardin et on arrose* » (Sélim, âgé de 14 ans, Neuhof). Tandis que s'il va au parc c'est avec sa mère et ses sœurs : « *des fois on va parc. On y va avec ma mère, ma petite sœur et moi. Et parfois aussi il y a les copines à ma mère et voilà* » (Sélim, âgé de 14 ans, Neuhof).

Le week-end, des activités en famille sont parfois organisées, balades à pied ou à vélo avec la présence de la mère et du père. La famille d'Amir a trouvé une organisation particulière avec la mère présente en semaine pour s'occuper des enfants pendant que le père travaille. Le week-end, les rôles sont inversés, le père s'occupe des enfants et la mère travaille. Pendant les vacances scolaires, les mères semblent là aussi plus présentes dans l'accompagnement des enfants notamment pour les activités d'extérieur (fréquentation de parcs et balades à vélo surtout) (Grassler & al., 2019). Cela peut également s'expliquer par le fait que même si les enfants sont en vacances scolaires, les pères n'ont pas toujours de congés à ce même moment et restent donc moins disponibles que les mères au foyer.

Les mères semblent davantage présentes dans l'accompagnement des enfants de moins de 12 ans aux activités physiques et aux activités extérieures, néanmoins en ce qui concerne l'apprentissage du vélo, la majorité des enfants – filles et garçons – ont appris à en faire avec leur père (Cf. Tableau 31), sauf lorsque la configuration familiale ne l'a pas permis. Par exemple, lorsque le père est totalement absent depuis la naissance, c'est le cas de Jessica, ou lorsqu'il est souvent absent de par son travail, c'est le cas d'Aïda. Sur les vingt-et-une familles, une seule fille – Amina âgée de 9 ans – ne sait pas faire de vélo.

	Mère	Père	Enfant
Maëlys	Père	Père	Père
Amir	Père	/	Mère
Siméon Zévan	Jamais appris	/	Père
Sélim	Jamais appris	Père	Père
Aïda	Père (pas à l'aise)	/	Mère
Chloé	Seule	Père	Père
Fatima	/	Père	Père
Azat	Jamais appris	Père	Père
Farida	/	/	Père
Yasmine Maryam	Père	Père	Père
Laura	Jamais appris	/	Association
Sacha	Père	Père	Père
Sandra	Père + école	/	Père
Amina	Jamais appris	/	Jamais appris
Ibrahim	Jamais appris	Père	Père + grandes sœurs
Yusuf	Père	/	Père
Juliette	/	/	Père
Aylan	Père	/	Père
Julie	/	/	Père
Jordan	Grand-Frère	/	Oncle
Jessica	Père	/	Mère

Tableau 31 : Membre de la famille ayant appris à faire du vélo à l'enfant et à ses parents

Vieille Marchiset & al., en 2018 avaient déjà pu montrer que l'apprentissage du vélo dans les milieux populaires était souvent attribué au rôle du père. Néanmoins, il existe quelques exceptions, notamment avec le cas d'Amir qui a appris à faire du vélo avec sa mère.

Tel père, telle mère et tels fils : la transmission intergénérationnelle de la pratique du vélo

Des propos recueillis auprès de la mère d'Amir, qui a appris à faire du vélo enfant grâce à son père et sous la surveillance de sa mère. Son père est un passionné de vélo et aujourd'hui encore il en fait presque quotidiennement. Marquée par l'importance de cet apprentissage, elle le transmet à ses enfants dès leur plus jeune âge.

« J'ai appris, mon père il a acheté un vélo, j'ai appris dans un grand vélo, à l'époque c'était pas un petit, ils ont que des grands. J'ai appris dans le vélo de mon père. Alors je devais avoir neuf ans, dix ans comme ça. Et mon père il avait un vélo parce qu'il en faisait tout le

temps. C'est un vélo qui est solide mais quand on le voit il est moche mais il est vraiment solide. Je tombe beaucoup de fois. Et mon père il dit faut tomber une fois, deux fois, trois fois sinon tu vas jamais apprendre. Et il me pousse aussi il me dit non il faut apprendre, roule jusque là-bas et il me surveille. Et ma mère elle s'assoit devant la porte. Et après mon père il me dit remonte le vélo, je pédale, je tombe, je pédale, je tombe mais moi dans la journée je tombais beaucoup de fois et le lendemain je suis contente de me réveiller pour faire encore ce vélo. Franchement ! après dès que je vois un vélo j'ai envie de le faire. Maintenant y a des beaux vélos, y a des choses comme ça, on a de la chance d'avoir des, des... matériels bien maintenant alors franchement c'est... Un maintenant je tiens vraiment l'équilibre quand je roule le vélo.

Et mes enfants je les apprenne depuis qui sont petits. Deux ans déjà je leur achète des vélos. Comme lui (parle du dernier de la famille, le plus jeune frère d'Amir) il avait presque deux ans, y a des vélos qui tient que l'équilibre, j'ai que l'équilibre mais y a pas de pédales. Il est rentré à deux ans en maternelle mais la toute petite section, il apprenait jusqu'à l'école puis il revient. Après à un moment la maitresse elle m'a dit « mais c'est bien Mme. A. franchement ça tient l'équilibre » et quand il prend un nouveau vélo, le vélo avec les pédales déjà il tient l'équilibre. Aujourd'hui il a un vélo normal, moi j'ai enlevé les roues, cet été on a enlevé les roues, il a le vélo normal sans roues ».

Le vélo est une véritable passion pour le grand-père maternel de Sélim qui a mis un point d'honneur à transmettre cela à sa fille. C'est important pour lui car ils sont musulmans et il est fier de pouvoir dire que sa fille voilée fait du vélo avec ses enfants et son mari.

« Le grand-père fait trop le vélo. Tout, il fait tout avec le vélo ! Là on habite ici il va jusqu'au marché en vélo, il va jusqu'au Illzach en vélo, il va partout en vélo le grand-père. Tout le temps, tout le temps. Quand il voit que nous on fait du vélo, il est content de nous. Il dit je suis fière de vous parce que d'habitude y a des gens, y a des belles-mères, des belles-sœurs et des belles-filles qui fait pas le vélo. Ils ont honte des choses comme ça. Il dit je suis fière de vous, vous faites du vélo ensemble et tout, il a dit c'est bien. Parce que lui déjà c'est un sportif le grand-père. Et le papa il met la chaise pour lui. Cette année il a enlevé parce qu'il va quatre ans et il a un vélo tout seul, comme ça... ».

Il est vrai que dans les milieux populaires, les mères sont nombreuses à ne pas savoir faire du vélo ou bien à ne pas en posséder un et de ce fait, elles optent rarement pour ce moyen de déplacement (Sayagh, 2017). De plus, inconsciemment, cela n'encourage pas leur fille à se déplacer en dehors du « pied de l'immeuble » avec leur vélo. David Sayagh¹ évoque tout de même la question « des adaptes-filles » de la pratique du vélo, des filles issues de quartier populaire mais qui du fait de leur socialisation familiale voient le vélo comme un « partenaire » leur permettant de devenir autonome (Sayagh, 2018a ; 2018b). En effet, comme pour le cas d'Amir, parfois les enfants apprennent le vélo par une figure maternelle (mère ou grand-mère). Pour cette mère de famille le vélo, au-delà d'un moyen de déplacement ou de loisir, semble être une pratique de distinction vis-à-vis des représentations associées aux femmes musulmanes voilées du quartier².

L'investissement des mères dans l'accompagnement à la pratique physique des enfants semble jouer un rôle important dans la promotion de l'activité physique et l'incitation à la pratique. Et l'analyse des données de cette enquête semble corroborer avec les recherches déjà existantes sur le rôle différencié des parents dans l'activité physique (Carver et al., 2010 ; Sayagh, 2016 ; Grassler, 2017 ; Vieille Marchiset et al., 2018 ; Vieille Marchiset, 2019). Dans une prochaine partie, il s'agira de montrer que des différences s'observent également en fonction du sexe des enfants.

¹ David Sayagh, jeune chercheur, a notamment soutenu sa thèse sur « Pourquoi les adolescentes ont moins de possibilité réelles de faire du vélo que les adolescents. Approche sociologique » en sociologie en 2018 (Sayagh, 2018b).

² À plusieurs reprises au cours de l'entretien, la mère d'Amir évoquera sa fierté et sa joie de faire du vélo, de courir, de jouer au football avec ses enfants tout en portant le voile sous le regard étonné de certains passants. Elle prend plaisir à faire changer les regards sur sa religion et sur sa condition en tant que femme musulmane voilée.

1.2 Une diversité de discours sur l'obésité en fonction du poids des membres de la fratrie

Plusieurs études ont pu mettre en avant un rôle différencié des parents dans l'éducation de leur enfant en fonction de leur genre et de leur place dans la fratrie (Octobre et al., 2010). Quel que soit le milieu de vie de la famille, les mères transmettent davantage aux filles et les pères aux garçons un style de vie actif (Daréoux, 2007).

Le premier constat, suite à cette recherche, est que la place de l'enfant dans la fratrie peut avoir un impact sur la précocité de prise en charge de sa surcharge pondérale.

Un deuxième enfant en surpoids : la mère se rapproche rapidement du réseau ODE-RéPPOP

Propos recueillis auprès de la mère de Jessica, âgée de 7 ans et dont la grande sœur âgée de 22 ans avait déjà été inscrite dans le réseau ODE-RéPPOP, il y a quelques années.

« J'ai connu le réseau parce que j'ai deux enfants et j'ai une grande fille de vingt-deux ans. Elle est venue ici en 2012 elle avait les problèmes de poids et c'est son collègue qui m'a orienté au RéPPOP et elle a commencé à être suivie là-bas, elle allait aussi au sport et j'ai quand même vu des résultats. Et du coup quand j'ai accouché Jessica, Jessica aussi elle commençait à avoir les problèmes de poids et à l'école maternelle on m'a parlé du réseau, j'ai dit je connais déjà et du coup au... J'essayais déjà de mettre en pratique, déjà avec ce que je connais déjà pour ma fille. Et aussi avec ce que j'ai appris à l'école j'essayais de mettre ça en pratique sur Jessica mais ça... je n'arrivais pas à... je ne voyais pas de grands changements. Elle prenait toujours, toujours du poids. Et du coup j'ai dit c'est mieux que je m'avance vers les professionnels. Je suis encore allée voir le réseau et du coup elle est suivie ».

Dans ce cas, si la grande sœur de Jessica n'était pas passée par le dispositif, la mère n'aurait pas réagi aussi rapidement, d'une part parce qu'elle n'aurait pas forcément relevé la surcharge pondérale de sa fille, et d'autre part parce qu'il est préférable de connaître le dispositif avant de s'y inscrire. Sans prise de conscience du surpoids ou de l'obésité de l'enfant, même si le médecin oriente l'enfant vers un dispositif de prise en charge, il y a peu de chances qu'il y aille. C'est ce qu'explique également un médecin du quartier du Neuhof :

« S'il le ressent pas comme un problème et que les parents le ressentent pas comme un problème c'est difficile. Je sais que même si je parle de poids, de PRECCOSS et que je fais l'ordonnance ils vont pas y aller parce que finalement ça ne les concerne pas » (Médecin généraliste, Neuhof).

Autre constat, les activités entre les filles et entre les garçons ne semblent pas les mêmes. Ibrahim, âgé de 9 ans, est le dernier d'une fratrie de quatre enfants et l'unique garçon. Il explique qu'avec ses grandes sœurs il réalise plutôt des activités sédentaires à l'intérieur de l'appartement :

« On fait parfois bowling chez moi parce qu'on a des trucs pour jouer. Sinon on fait uno et sinon on joue sur les chiffres avec un nombre et toi tu vas dire le nombre je l'ai et après tu reçois des bonbons quand tu as terminé tu vas dire loto » (Ibrahim, 9 ans, Neuhof).

Tandis qu'avec ses cousins, ça lui arrive plus fréquemment de jouer à l'extérieur, ou d'avoir des activités plus physiques, même s'ils regardent parfois aussi la télévision ensemble :

« Oui pendant les vacances des fois ils (les cousins) viennent, ou je sors dehors la nuit on joue, ou on regarde la télé et à la maison on prend la balle » (Ibrahim, 9 ans, Neuhof).

Dans les quartiers populaires, les filles sont moins libres de sortir du logement et cela se renforce à l'adolescence. Une étude a déjà pu faire ce constat avec la pratique du vélo sur l'espace public. Dans les milieux populaires, il est « mal vu » qu'une fille « traîne » au pied de l'immeuble à vélo et le sentiment d'insécurité du quartier de résidence accentue la restriction de la pratique pour les filles jugées plus « vulnérables » que les garçons. Arrivées à l'adolescence, les filles des milieux populaires ont davantage tendance à se replier dans leur chambre, tandis que les garçons sortent à l'extérieur du logement et investissent l'espace public du quartier (Glevarec, 2010 ; Sayagh, 2018a ; Sayagh, 2020). Ce repli des filles à l'adolescence semble lié aux transformations physiques de leur corps. Ces changements corporels sont le signe pour les parents des quartiers populaires d'une plus grande vulnérabilité des jeunes filles. Ceci servira de justification aux parents concernant leur privation d'autonomie (Sayagh, 2018a).

Cette enquête n'a pas pu permettre de révéler de véritable différenciation dans la transmission d'une passion sportive par les pères (Mennesson, 2011; Vieille Marchiset & Tatu-

Colasseau, 2012). La diversité des configurations familiales rencontrées, la variation hétérogène du nombre d'enfants dans la fratrie, la différence de place dans la fratrie de l'enfant en surpoids, le sexe des enfants (que des garçons, que des filles...), n'a pas permis de déterminer le réel impact de rôle différencié en fonction du sexe et de la place dans la fratrie.

Par contre, une différenciation est faite en fonction du poids des autres membres de la fratrie. Lorsque l'ensemble des membres de la fratrie et plus largement les parents aussi sont en surcharge pondérale, le discours des parents – et notamment des mères – tend à banaliser le poids de l'enfant orienté vers l'un des dispositifs.

Surpoids d'une partie des membres de la famille : la génétique mise en cause

Propos recueillis auprès de la mère de Sacha, âgé de 9 ans. Sacha a un grand frère de 12 ans qui a également été en surpoids, et un petit frère âgé de 6 ans sans problème de poids. La mère est en surpoids, tandis que le père n'a pas de problème de poids. La famille vit au Neuhof, et Sacha est inclus dans le dispositif PRECCOSS.

La mère commence par expliquer que Sacha n'aime pas bouger et qu'il est gourmand.

« Il aime ne rien faire. Prendre le téléphone, regarde les dessins animés. Nous avons aussi une petite terrasse il peut là-bas aussi mais il veut pas. Dehors il joue que juste quand on sort dans un parc ou mais ici non rien ». (...) « En plus Sacha il mange beaucoup hein, il mange beaucoup, il grignote beaucoup, il faut toujours faire attention de lui dire toujours Sacha non, non Sacha touche pas tu vas manger plus tard. (...) C'est ça trouve, c'est ça que c'est le problème ».

Puis, elle fait le rapprochement avec son fils aîné qui a également été en surcharge pondérale et associe finalement le problème à une transmission familiale du côté maternelle, qui peut se régler tout seul en grandissant.

« Mon fils aîné aussi il a aussi le surpoids. Mais il grandi là il va avoir 13 ans, il a grandi beaucoup et il a un peu affiné. Oui, j'espère que Sacha aussi un peu plus tard ». Oui non fait ce qu'on peut mais ça suffit pas. Parce que je pense c'est aussi le, c'est dans la forme de famille. Car mon mari est maigre mais de mon côté on est tous un peu costaud ».

La mère de Sacha associe l'obésité des membres de sa famille à un problème essentiellement génétique. D'après la littérature, l'obésité infantile n'est que rarement liée à la génétique (Dubern, 2007), les causes sont multidimensionnelles (environnement, alimentation, activité physique...) ce qui rend complexe la prise en charge (Davison & Birch, 2001 ; Poulain, 2009).

Mais, quand l'enfant orienté vers un dispositif est le seul de la fratrie à être en surpoids ou obèse, le discours est totalement différent et une certaine pression est mise sur l'enfant. Les mères ont parfois du mal à comprendre pourquoi un seul de leurs enfants a des problèmes de poids alors qu'elles estiment agir de la même manière avec chacun d'eux. La prise de poids de cet enfant est alors justifiée par son comportement différent du reste de la fratrie (plus gourmand, n'aime pas bouger...). Comme le fait la mère de Laura en parlant de sa petite sœur :

« Mais bon elle, il y a pas de problème hein, elle est tellement dynamique que elle bouger c'est pas un problème elle passe son temps à sauter » (mère de Laura, âgée de 10 ans, Neuhof).

Ou encore au cours d'un échange, la mère de Jordan lui fait comprendre qu'il est bien moins actif que son petit frère qui lui n'a pas de problème de poids :

Jordan : *« Des fois, mais vraiment des fois hein. Quelques fois je joue au foot avec lui mais... »*

Mère de Jordan : *« C'est quand la dernière fois que t'as fait ça Jordan. ? »*

Jordan : *« Je sais pas ! » (Rires).*

Mère de Jordan : *« Bah voilà, il te sollicite beaucoup mais toi tu veux jamais ».*

Jordan : *« Non c'est vrai ».*

Mère de Jordan : *« Voilà. Oui il a un petit frère qui est, voilà qui est très dans l'action et quand on fait du foot on sort, on saute, on machin, truc, motivé pour tout donc lui il l'entraînerait partout mais Jordan (rires) ne suit pas forcément ».*

Bien entendu, quand l'enfant en surpoids ou obèse est fille ou fils unique, ces discours ne sont pas remarquables. Ainsi, les justifications des mères sur le poids de leur enfant varient en fonction de celui de l'ensemble des membres de la fratrie. Moins il y a d'enfants concernés par des problèmes de poids dans la fratrie, plus la cause est associée au comportement de l'enfant (mauvaises « habitudes » alimentaires, manque d'activité physique...). À l'inverse,

plus il y a d'enfants concernés par des problèmes de surpoids dans la fratrie, plus la cause est associée à un facteur génétique héréditaire ou culturel. Il s'agira maintenant d'observer que les parents ont un rôle important à jouer sur l'influence des pratiques de leurs enfants.

1.3 Un rapport « éloigné », « utilitaire » ou de « bien-être global » à l'activité physique : quels impacts sur la pratique des enfants ?

D'après la littérature existante, plus les parents sont actifs, plus l'enfant le sera également (O'Connor et al., ; 2009 Neshteruck et al., 2020). Il s'agira dans cette partie, d'observer si ce constat est également valable au sein des familles populaires dont au moins l'un des enfants est en surpoids ou obèse. Des rapports différenciés à l'activité physique, au corps et à la santé sont mis en évidence, influant sur la pratique quotidienne d'activité physique des enfants.

Le premier constat est que dans certains cas, même si l'enfant, suivant le modèle des parents, a été lui-même actif, arrivé à l'adolescence il ne poursuit pas toujours ce style de vie. En effet, Chloé, Juliette et Jordan ont tous les trois des parents actifs, voire très actifs mais eux-mêmes, aujourd'hui, ont des activités davantage sédentaires. Ils font tous trois partie des adolescents les plus âgés de l'étude, ayant respectivement 15, 13 et 13 ans. Pourtant, pendant leur enfance, ils ont tous les trois eu un style de vie actif, avec une activité physique régulière et en club ainsi que des pratiques sportives non-encadrées avec leurs parents (vélo, balades, sorties au parc, piscine...) (Cf. [Tableau 32](#)).

	Activités physiques mère	Activités physiques père	Activités physiques enfant	
			Enfance	Adolescence
Chloé (15 ans)	Jogging Sport en salle Vélo Balades	Sport en salle tous les jours Jogging Balades Vélo	Gym en club Plusieurs activités sur un an (roller, step, danse)	Parfois du roller dans la cour Participe parfois balades familiale
Juliette (13 ans)	Deux fois par semaine gym association	Vélo Jogging	Danse en club Activités en famille (vélo, piscine)	Aucune
Jordan (13 ans)	Marche Vélo	Rugby Boxe	Natation en club Rugby en club Vélo avec des amis	Obligé de marcher avec sa mère

			Marche avec mamie	
--	--	--	----------------------	--

Tableau 32 : D'un style de vie actif à sédentaire : les cas de Chloé, Juliette et Jordan

Ce changement de style vie à l'adolescence peut s'expliquer par divers éléments. D'une part, un changement de configuration familiale pour Juliette et Jordan suite au divorce de leurs parents. Cet événement s'est traduit par la diminution voire même l'abandon des activités sportives familiales. D'autre part, pour Chloé et Jordan, un autre facteur a contribué à les faire quitter leur club sportif. En effet, jugeant leur entraîneur trop sévère ou peu compréhensif, ils ont préféré, en accord avec leurs parents, abandonner l'activité pratiquée depuis de nombreuses années. L'arrêt des activités physiques encadrées arrivé à l'adolescence est fréquent quel que soit le poids de l'enfant et d'autant plus chez les jeunes filles (Canneva & Truchot, 2001). Le rapport au corps change également à l'adolescence (Sudre et al., 2013 ; Diasio, 2014) et l'engagement dans une activité physique pour une personne obèse est parfois rendu plus difficile (Marcellini et al., 2016).

Des entraîneurs qui conduisent à l'arrêt d'une pratique sportive en club

Propos recueillis auprès de la mère de Jordan, âgé de 13 ans, résidant aux Coteaux à Mulhouse et inscrit plusieurs années dans un club de rugby.

« C'était l'entraîneur hein. Il est tombé sur un entraîneur qui était assez qui était dévalorisant. Je pense que ça a eu un impact sur son estime quand même. Donc voilà, c'est un gars qui pensait qu'au rugby il fallait des sprinters. Donc voilà des gens comme ça quoi, donc forcément voilà Jordan c'était déjà pas son poste et puis il avait d'autre euh d'autres fonctions sur le terrain mais il était jamais valorisé euh. Alors qu'au début, c'était beaucoup plus, beaucoup beaucoup plus, je trouve que voilà c'est un sport qui lui a vraiment fait beaucoup de bien et euh c'est un gamin qui a besoin de l'équipe, qui aime ça l'esprit d'équipe. L'esprit d'équipe c'est quand même un truc important pour lui. Mais là je pense qu'à un moment il y a eu une coupure et depuis euh... Donc je crois que ouais ça a vraiment marqué une scission mais c'est du coup ça a un impact j'ai l'impression même sur d'autres sports où il pourrait s'inscrire quoi. (...) On l'a pas laissé euh avec ce gars, mais quand même ça a eu le temps quand même d'avoir des effets... surtout quand on est petit. Alors il était bien plus jeune que ça il avait je dirai peut-être 10 ans, 9 ans ».

Propos recueillis auprès de la mère de Chloé, âgée de 15 ans, résidant au Neuhof à Strasbourg et inscrite pendant 5 ans dans un club de gymnastique, et deux ans dans un club de danse.

« Il y a Agathe la prof de gym qui gueulait. (...) Tu t'es plaint quand même plusieurs fois pour ça ! (...) Tu l'aimais pas ! (...) Oui, voilà des coachs qui hurlent sur des enfants qui vont faire un truc pour le loisir. Je veux dire c'est voilà bon après... (...) Comme hein pour la danse c'était la villa Illkirch, là maintenant il y aurait de la danse éventuellement à la Meinau. Toi tu pourrais aller voir aussi hein ? Parce que ce qui l'embêtait à Illkirch c'était surtout Luc non ? C'était le prof ? Parce que ce qu'il te disait à la fin ça te soulait un peu quoi ? »

Ces exemples marquent bien qu'au-delà du fait d'avoir des parents actifs, la configuration familiale et les acteurs en dehors de l'instance familiale ont également une part importante à jouer dans la transmission d'un style de vie actif. Même si plus les parents sont actifs, plus l'enfant est actif (O'Connor et al., 2009 ; Neshteruck et al., 2020), arrivés à l'adolescence et en fonction de leur parcours de vie, les enfants peuvent adopter un style de vie sédentaire. Du fait de leur avancée en âge, les parents vont laisser « libre choix » à l'adolescent de la pratique ou de la non-pratique sportive.

Le deuxième constat de cette recherche est la mise en évidence de deux logiques familiales : l'une d'incitation voire d'obligation à l'activité physique et l'autre de « libre choix ». Les enfants les plus actifs font partie de la première catégorie de famille, avec davantage de pratique en club ou association sportive, et plus de sorties en extérieur. À l'inverse, les enfants les moins actifs font partie de la deuxième catégorie de famille, avec peu de pratique en club ou association sportive et parfois, moins de sorties en extérieur. C'est aussi dans cette catégorie que l'on retrouve les enfants orientés vers le dispositif PRECCOSS mais qui ne souhaitent pas y entrer, ainsi que ceux qui l'ont abandonné en cours de route (Cf. [Tableau 33](#)).

Logiques	Enfant	Age	Sport en club / Association	Activité Physique autre
Incitation voire obligation à l'activité physique	Amir	12	Natation (2 ans), tir à l'arc (1 an), sport ODE	Sorties vélo, parc, structures de jeux, laser game, piscine
	Fatima	6	Sport PRECCOSS	Sorties au parc
	Yasmine Maryam	9 10	Natation, Gymnastique, sport PRECCOSS	Sorties vélo, trottinette, parc
	Laura	10	Natation, vélo, sport PRECCOSS	Sorties vélo, parc
	Sacha	9	Natation, sport PRECCOSS	Sorties vélo, parc, balades, piscine
	Aylan	11	Boxe, sport PRECCOSS	Sorties vélo, parc
« Libre choix » de l'activité physique	Maëlys	10	Football (un an), sport ODE	Sortie parc, vélo
	Jessica	7	Sport ODE	Sorties parc
	Siméon Zevan	7 13	Sport ODE	Père
	Sélim	14	Sport ODE (1 an)	Foot avec amis, sorties parc
	Aïda	11	Sport PRECCOSS	Sorties vélo, parc
	Azat	7	Sport PRECCOSS	/
	Farida	9	Sport PRECCOSS	Sorties parc
	Julie	10	Sport PRECCOSS, gym (deux ans)	/
	Sandra	8	/	Sorties vélo, parc
	Amina	9	/	Sorties parc
	Ibrahim	9	Football (deux, trois séances)	Foot avec amis
	Yusuf	10	/	Sorties parc, piscine, vélo
	Juliette	13	Danse (4 ans)	Sorties piscine, vélo
	Chloé	15	Gym (5 ans), plusieurs activités testées un an ou moins (roller, step, danse, boxe, zumba)	Sorties roller, vélo, balades
	Jordan	13	Rugby (4 ans), Natation (2 ans)	Sorties vélo, parc, balades

Tableau 33 : Logiques familiales différenciées d'activité physique et activités sportives des enfants

Chloé, Juliette et Jordan sont les seuls à avoir eu des activités en clubs ou associations sportives parmi les familles ayant une logique de « libre choix » de l'activité physique. Cela peut s'expliquer par le fait qu'au passage à l'adolescence, les parents ont fini par céder et sont sortis de la logique d'incitation voire d'obligation à l'activité physique pour éviter le conflit et responsabiliser leurs enfants.

Le dernier constat est l'existence de rapports différenciés des parents – notamment des mères – à l'activité physique, ce rapport étant parfois « éloigné », « utilitaire » ou « de bien-être global » à l'activité physique.

En effet, six familles ont un rapport « éloigné » à l'activité physique, c'est-à-dire que l'ensemble des membres de la famille a un taux de pratique faible ou nul. Autant les parents que les enfants ne mettent pas en relation l'activité physique et l'amélioration de la santé. Ils sont capables de donner les recommandations de santé du PNNS sur le « manger mieux » et « bouger plus » sans pour autant faire de lien avec des problématiques de santé. Parmi eux, deux familles (Amina et Ibrahim) ont été orientées vers l'un des dispositifs mais « *n'ont pas donné suite à l'ordonnance médicale incitant leur enfant à rejoindre les activités du dispositif* » (Grassler et al., 2019a). Et deux autres familles (Farida et Sélim), n'ont finalement pas poursuivi les activités du dispositif après inclusion (Cf. Tableau 34). Ce rapport éloigné à l'activité physique et l'inactivité des parents pourrait être la cause de ce refus ou de cet abandon des dispositifs de prise en charge du surpoids et de l'obésité des enfants. D'après une étude, les perdus de vue du dispositif SSSO à Strasbourg seraient majoritairement des personnes issues d'un milieu populaire, en surpoids et ayant un style de vie sédentaire ou alors, qui ont dû faire face à un événement particulier au cours de leur prise en charge (Lutrat & Gasparini, 2021).

	Activités physiques mère	Activités physiques père	Activités physiques enfant	
			Club/association	Autre
Siméon (7 ans)	Aucune	Aucune	Sport Réseau ODE	Foot avec amis
Zevan (13 ans)			Sport Réseau ODE	Foot avec amis
Sélim (14 ans)	Aucune	Jardinage, marche	Arrêt sport PRECCOSS	Foot avec amis
Azat (7 ans)	Aucune	Aucune	Sport PRECCOSS	Joue au parc
Farida (9 ans)	Aucune	Aucune	Arrêt Sport PRECCOSS	Joue au parc
Amina (9 ans)	Aucune	Aucune	Aucune	Joue au parc
Ibrahim (9 ans)	Vélo d'appartement	Foot avec Ibrahim	Aucune	Foot avec amis ou père

Tableau 34 : Rapport "éloigné" à l'activité physique et pratiques sportives des membres de la famille

Ensuite, quatre familles ont un rapport « utilitaire » à l'activité physique, c'est-à-dire que les parents – notamment les mères – considèrent que la pratique sportive permet de lutter contre le surpoids et l'obésité. Elles l'utilisent donc comme un outil de prévention secondaire pour faire face à une situation de surcharge pondérale. Pour ces mères, tant que la personne est maigre, elle n'a pas besoin de faire de l'activité physique. Les mères pratiquent davantage que dans la catégorie précédente mais de manière auto-organisée et non dans un club ou une association. Les pères sont également plus actifs et pratiquent parfois en club (Cf. Tableau 35).

	Activités physiques mère	Activités physiques père	Activités physiques enfant	
			Club/association	Autre
Maëlys (10 ans)	Vélo, marche	Vélo	Sport Réseau ODE	Joue au parc, vélo
Jordan (13 ans)	Marche, vélo	Boxe	Sport Réseau ODE	Marche forcée
Laura (10 ans)	Danse devant la télé	Salle de sport	Natation, vélo, sport PRECCOSS	Vélo, parc
Sandra (8 ans)	Aucune	?	Aucune	Joue au parc, vélo

Tableau 35 : Rapport "utilitaire" à l'activité physique et pratiques sportives des membres de la famille

Cette vision utilitaire de l'activité physique a conduit, en partie, une mère obèse vers l'anorexie.

De l'obésité à l'anorexie : l'utilisation de l'activité physique pour perdre du poids

Propos recueillis auprès de la mère de Maëlys, âgée de 10 ans et résidant aux Coteaux à Mulhouse. C'est un exemple de l'utilisation à outrance du sport dans l'unique but de maigrir pour sortir de l'obésité.

« Ça fait combien de temps que j'ai arrêté le sport, ça fait sept ans que j'ai arrêté. Je faisais du sport intensif, six heures par jour. Beaucoup de musculation, cardio, euh... Pour maigrir, c'était le but. Pour moi le but c'était de maigrir voilà. Parce que j'étais avant en obésité assez importante donc euh j'ai pris la décision de perdre du poids et pour moi le régime c'était du sport mais trop par jour. Donc six heures par jour de sport assez intensif quoi. Après j'ai arrêté parce que ça m'a tellement épuisée que j'ai arrêté ».

Aujourd'hui, la mère de famille n'est plus dans l'anorexie mais se bat encore avec ses problèmes de poids pour ne pas retomber dans l'excès. Au-delà de l'activité physique, elle utilise également la régulation de son alimentation pour réguler son poids.

« C'était... au départ c'était un petit pari, un petit pari non 10 kilos, parce que j'étais en surpoids et je voulais absolument avoir un deuxième enfant, et vu que ma première grossesse ça s'est très mal passé. Parce que les médecins se sont moqués de moi à l'hôpital au moment de l'accouchement. Donc euh... quand je voulais un deuxième enfant ils ont dit non, c'est une honte d'être, de faire des enfants aussi grosses. Donc ça m'a marqué et donc euh... quand j'ai voulu un deuxième je me suis dit bah il faut que je perde du poids. Mais seulement c'est allé à l'extrême, ça a basculé dans l'anorexie directement. Donc au final je me suis retrouvée en six mois avec 70 kilos de perdus. Puis après ça descendait, ça descend. (...) C'est difficile oui, parce que là y a des moments où je peux prendre dix kilos, je peux en perdre vingt par la suite. Le poids est pas stable. Dès que je prends un peu de poids, c'est bon je me mets au régime et je mange plus rien. Pour moi c'est... peut-être parce que je me dis là j'ai ma limite de poids à ne pas atteindre, je sais que j'ai une limite, faut pas que je descende en-dessous de 46 kilos ».

Le cas de la mère de Maëlys est un exemple de « grossophobie » médicale, elle a subi des propos discriminatoires liés à son poids de la part d'un professionnel de santé. Ce terme commence seulement à se développer en France, mais n'est pas rare dans le cadre de consultations médicales¹ (Dubruel, 2019).

Le reste des familles rencontrées a plutôt un rapport de « bien-être global » à l'activité physique. La majorité des parents de cette catégorie ont une pratique sportive régulière, parfois même en club ou association, tout comme leurs enfants (Cf. Tableau 36). La plupart des familles ont au moins un enfant inclus dans un dispositif de prise en charge de l'obésité infantile. Les parents ont conscience des effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé et encouragent leurs enfants à pratiquer une activité sportive régulièrement. Les représentations sur l'obésité, l'alimentation et l'activité diffusées dans les dispositifs semblent en adéquation avec celles des familles et contribuent à les renforcer (Berlivet, 2004).

¹ Cf. https://www.liberation.fr/france/2016/01/08/grossophobie-medicale-c-est-une-angoisse-a-chaque-fois-que-je-fois-consulter_1424927

	Activités physiques mère	Activités physiques père	Activités physiques enfant	
			Club/association	Autre
Yasmine (9 ans)	Aucune	Aucune (blessé)	Sport PRECCOSS, natation, gym	Vélo, parc, trottinette
Maryam (10 ans)			Sport PRECCOSS, natation, gym	Vélo, parc, trottinette
Amir (12 ans)	Vélo, laser game, parc	Jogging, musculation	Sport réseau ODE	Vélo, piscine, parc
Jessica (7 ans)	Aucune	/	Sport réseau ODE	Joue au parc
Aïda (11 ans)	Vélo, marche	Musculation	Sport PRECCOSS	Joue au parc, vélo
Chloé (15 ans)	Jogging, salle de sport, vélo, marche	Jogging, salle de sport, vélo, marche	Aucune	Rollers
Fatima (6 ans)	Aucune	Aucune	Sport PRECCOSS	Joue au parc
Julie (10 ans)	Aucune	Aucune	Sport PRECCOSS	Vélo
Sacha (9 ans)	Aquagym (club), marche, vélo	Musculation, jogging, vélo	Sport PRECCOSS, natation	Vélo, marche, parc
Aylan (11 ans)	Fitness (club)	Aucune	Boxe, sport PRECCOSS	Vélo, parc
Yusuf (10 ans)	Vélo, piscine	Jogging, vélo, piscine, musculation	Aucune	Vélo, parc, piscine
Juliette (13 ans)	Fitness (club)	Jogging	Aucune	Aucune

Tableau 36 : Rapport de "bien-être global" à l'activité physique et pratiques sportives des membres de la famille

Parmi ces onze familles, quatre ont des configurations familiales particulières qui peuvent expliquer la non pratique sportive des parents comparativement aux autres : Yasmine et Maryam, Jessica, Fatima et Julie. Ce sont des parents qui ont eu une expérience sportive à un moment donné de leur vie, plus ou moins récemment, et qu'ils ont été obligé de stopper pour raisons médicales ou familiales. Par exemple, le père de Yasmine et Maryam a arrêté le sport en salle suite à une opération d'un genou. Il est également en arrêt maladie et très limité dans ses déplacements. De ce fait la mère de Yasmine et Maryam s'occupe en grande partie seule des quatre enfants (accompagnement aux activités, aux rendez-vous, à l'école, préparation des repas...), de l'entretien de la maison et n'a pas le temps pour une activité sportive. Une situation courante dans les quartiers populaires où les mères ont souvent en charge le suivi scolaire et médical des enfants (Cresson, 1995).

Pour les mères de Jessica et Julie la configuration familiale, là aussi, leur laisse peu de temps aux mères pour une pratique sportive régulière. Dans ces conditions elles ont moins de temps libre pour pratiquer une activité physique régulière comme l'explique la mère de Julie : « *J'ai même pas du temps pour moi. Je travaille beaucoup !* » et il en est de même pour la mère de Jessica qui s'était inscrite en salle de sport mais ne trouve pas le temps de s'y rendre :

« Maintenant non mais avant j'étais inscrite à la salle de sport mais mes horaires de travail et mon planning... au début j'étais très motivée j'y allais mais quand j'ai trouvé le travail après c'était difficile pour moi d'y aller parce que je suis seule avec la petite donc je ne trouvais pas souvent beaucoup le temps. Après on me prélevait des sous sans que j'y aille forcément, après j'ai vu que ce n'était pas la peine parce que je ne trouvais plus le temps. Et j'avais annulé l'abonnement. Et à part la marche il n'y a pas un sport que je fais moi-même » (Mère de Jessica, âgée de 7 ans, Les Coteaux).

Le fait d'être seule à élever sa fille a non seulement un impact sur son temps libre mais également sur ses moyens financiers. C'est une situation qui se retrouve fréquemment chez les mères de famille monoparentale ayant la garde des enfants et davantage encore dans les quartiers populaires (Siblot et al. 2015 ; Bernard et al, 2019 ; Bessière & Gollac, 2020).

Concernant Fatima, c'est la situation de handicap de son frère aîné qui contraint les parents à réduire leur activité physique et de loisir pour s'occuper de ce dernier. Le père travaille de nuit en tant qu'infirmier afin de relayer sa femme dans la journée. Fatima a également des troubles moteurs qui l'amène à devoir consulter de nombreux spécialistes. De plus, il y a également la cadette âgée de 2 ans et demi dont il faut s'occuper. Les exemples de ces 4 familles montrent le poids que peuvent avoir les configurations familiales dans la pratique d'une activité physique. Même si les parents ont conscience des bienfaits de « bouger », ils n'ont pas toujours les moyens temporels et/ ou financier pour appliquer les recommandations.

En conclusion de cette partie, il existe bien des rapports différenciés de l'activité physique et de la santé mais aussi des logiques familiales différentes quant à l'incitation des enfants à une pratique sportive. Il est possible de conclure que plus les parents sont actifs, plus les enfants le sont également et encore davantage lorsque la mère est active (Bois, 2003 ; O'Connor et al., 2009 ; Neshteruck et al., 2020). Mais, certaines configurations familiales,

comme les divorces, viennent impacter le taux de pratique physique des parents et notamment des mères et parfois des enfants, sans toutefois que cela influe sur les représentations de l'activité physique de ces derniers (Perrin et al., 2002). D'autres acteurs peuvent avoir un impact sur la transmission d'un style de vie actif chez les enfants en surpoids ou obèses.

2. Les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile : une participation limitée et des discours divers sur les bienfaits

Au-delà de la famille, les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile peuvent avoir un impact sur le style de vie actif ou non des enfants en surpoids ou obèses. Les activités physiques qui y sont proposées sont parfois les seules de l'enfant. Néanmoins, tous les professionnels des dispositifs ne sont pas en accord sur les moyens à employer pour lutter contre le surpoids et l'obésité infantile (Merlaud & Terral, 2016). Et parents comme enfants sont partagés entre bénéfices et déceptions sur l'efficacité et l'utilité des dispositifs.

2.1 Seule activité physique des enfants : les ateliers des dispositifs

Au moment des entretiens, pour de nombreux enfants, leur seule activité physique encadrée est celle proposée par les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile, pour ceux qui y participent. Ceci pourrait faire penser à une grande utilité de ces dispositifs, néanmoins, il est également constatable que ces mêmes enfants ont pour la plupart déjà eu une expérience d'activité physique encadrée en club ou association sportive en amont de leur entrée dans le programme (Cf. [Tableau 37](#)).

Enfant	Âge	Sport en club / Association	Activité Physique autre
Amir	12	Natation (2 ans), tir à l'arc (1 an), sport ODE	Sorties vélo, parc, structures de jeux, laser game, piscine
Yasmine Maryam	9 10	Natation (en cours), Gymnastique (en cours), sport PRECCOSS	Sorties vélo, trottinette, parc
Laura	10	Natation (en cours), vélo (en cours), sport PRECCOSS	Sorties vélo, parc
Sacha	9	Natation (en cours), sport PRECCOSS	Sorties vélo, parc, balades, piscine
Aylan	11	Boxe (en cours), sport PRECCOSS	Sorties vélo, parc
Maëlys	10	Football (un an), sport ODE	Sorties parc, vélo
Julie	10	Gym (deux ans), sport PRECCOSS,	/
Jordan	13	Rugby (4 ans), Natation (2 ans)	Sorties vélo, parc, balades
Siméon Zevan	7 13	Sport ODE	/
Aïda	11	Sport PRECCOSS	Sorties vélo, parc
Azat	7	Sport PRECCOSS	/
Fatima	6	Sport PRECCOSS	Sorties au parc
Jessica	7	Sport ODE	Sorties parc

Tableau 37 : Activités physiques des enfants inclus dans un dispositif de prise en charge de l'obésité infantile au moment de l'enquête

Seules les familles plus récemment arrivées en France et incluses dans les dispositifs (Siméon et Zevan, Aïda, Azat) ont des enfants qui n'ont pas encore eu d'expérience sportive encadrée avant leur entrée dans le programme. Zevan et Azat ne sont pas nés en France et leurs parents comprennent peu le français. Comme il a déjà été expliqué plus haut, les familles de Siméon et Zevan, Aïda et Azat n'ont pour le moment pas de situation stable en France et sont dans des situations très précaires. Ces trois familles sont en attente de régularisation sur le territoire français et cumulent les titres de séjour provisoire. Le père d'Azat explique que la priorité est de trouver du travail pour avoir les papiers. Dans le chapitre 5, la question de l'activité physique en lien avec l'origine des familles sera davantage développée.

De plus, Siméon, Azat, Jessica et Fatima, âgés de 6 ou 7 ans, sont les enfants les plus jeunes de l'étude. Les activités sportives proposées en club ou association pour les enfants de moins de 6 ans sont rares et d'autant plus dans les quartiers populaires où les infrastructures et offres sportives sont limitées (Gasparini, 2015 ; Mondésir, 2019). Ceci peut également expliquer le fait qu'ils n'aient pas encore eu d'expérience sportive encadrée malgré leur inscription dans le dispositif PRECCOSS ou le réseau ODE.

Aussi, pour rappel, Jessica et Fatima ont des configurations familiales particulières. Pour la première, il s'agit d'une famille monoparentale avec un père totalement absent qui vit au Cameroun. La mère se retrouve dans une situation économique très compliquée et ne peut inscrire sa fille dans un club sportif. Par contre, dès qu'elle en a la possibilité, elle l'inscrit aux activités proposées par le centre socio-culturel du quartier. Pour la seconde, un grand frère lourdement handicapé nécessite une grande organisation pour les parents et accapare beaucoup de leur temps. Fatima a également des problèmes de motricité ce qui demande une adaptation des activités sportives. Il n'y a pas d'offre adaptée à proximité de chez elle outre les ateliers d'activité physique mis en place par le dispositif PRECCOSS.

Finalement, pour la plupart des enfants inclus dans l'un des dispositifs de prise en charge, les ateliers d'activité physique proposés sont souvent la principale activité sportive des enfants. Seulement 5 d'entre eux poursuivent une activité sportive encadrée en parallèle (Yasmine et Maryam, Aylan, Sacha, Laura). Ce sont également les enfants les plus réguliers dans la présence aux ateliers. En effet, même s'ils sont inscrits, les enfants ne sont pas tous présents à chaque cours. Lors des observations menées au moment des ateliers d'activité physique, des enfants n'étaient pas présents. Une fois encore, les absences étaient plus fréquentes chez les enfants ayant une configuration familiale particulière et pour lesquels la logique familiale est de laisser « libre choix » de l'activité physique à l'enfant.

Le cas de Jessica : une présence irrégulière aux ateliers d'activité physique en lien avec la configuration familiale et la précarité

Propos recueillis auprès de la mère de Jessica, âgée de 7 ans, résidant aux Coteaux à Mulhouse. Rencontrée en octobre 2019, l'enquêtrice avait pu observer à plusieurs reprises l'absence de Jessica aux ateliers sportifs. À l'occasion d'un rendez-vous donné au gymnase pour récupérer le carnet de bord, la mère a expliqué par téléphone ne pas pouvoir venir car elle attendait un électricien qui devait passer dans l'après-midi et ne pouvait pas envoyer sa fille de 7 ans seule au sport.

« Non c'est pas facile. On a les enfants. Entre les activités et tout et tout ! On n'a plus le temps, les adultes jouent avec les enfants. Tout ça il faut ramener l'enfant et il faut... Parfois lorsque tu es monté, descendu, tu as fait ci, tu as fait ça, tu vois tu trouves plus la force ni le temps d'aller marcher avec l'enfant après l'école. Tu as bien envie, tu as bien envie. Comme on en est

au douzième on s'était dit mon challenge c'était descendre on va prendre par les escaliers, ça secoue quand même jusqu'en bas ! (...) Le matin, on n'a plus le temps de prendre les escaliers ! On est à la bourre, soit elle a trainé, soit on n'a pas mangé, soit pas entendu le réveil, toujours quelque chose donc du coup... Tu vois quand même que les escaliers du douzième jusqu'en bas si on avait déjà minutes que la cloche va sonner on n'a pas le temps. Tu vois il y a l'intention mais parfois c'est... parfois c'est difficile. On n'est pas réglé comme une horloge hein ! Tu veux parfois bien faire les choses mais y a toujours quelque chose qui fait en sorte que soit tu ne fais pas ça comme tu voulais le faire, soit tu ne fais même pas, soit tu remets toujours à demain. Ah je vais faire demain, demain, demain, demain, demain... Le temps ! On a voulu bien sortir ! Qu'est-ce qu'on va faire avec ce temps qu'il y a eu dernièrement ! On ne peut pas ! Du coup on est obligé de faire les activités qu'il y a à faire dedans, on a joué aux cartes, quand il grandit les enfants ils vont pas rester devant la télé, quand y a un temps de chien dehors, quand tu ne sais pas où aller, tu ne peux pas aller marcher, il pleut du matin au soir ! Tu ne peux pas rester comme ça, à force de regarder... tu es fatiguée, tu regardes les dessins animés... C'est pas toujours ce qu'on a envie mais y a beaucoup de facteurs qui influencent à nos idéologies, à ce qu'on veut. Y a beaucoup de choses qui influencent, ce n'est pas un alibi non plus. Je ne trouve pas un alibi mais franchement ce serait idéal que quand tu as envie de quelque chose comme ça, ça se passe comme tu en as envie. Ça serait vraiment le top quoi ! »

Elle explique comment sa situation familiale l'empêche de réaliser des activités physiques avec Jessica et que cette dernière n'aime pas aller au sport ODE.

« Y a toujours beaucoup de facteurs qui viennent toujours gâcher tous les programmes quoi ! Parfois elle a pas envie d'y aller, parfois je vais pas la forcer. Elle n'a pas envie. Ce n'est pas évident. Pour un enfant qui est normal, qui n'est pas en surpoids, qui a ses deux parents, qui peut aller à l'école avec ses grand-frères, qui a les plus grands à la maison qui peuvent s'occuper des plus petits, les parents vont travailler normalement, même s'il mange un peu à la cantine, ils viennent le soir les plus grands ont déjà veillé sur les plus petits en attendant quand les parents rentrent, ce serait l'idéal ! »

Il en est de même pour les activités physiques en dehors du réseau ODE :

« Pour les vacances je l'inscrits souvent au centre aéré mais je suis arrivée ils n'avaient plus de places. Ils n'avaient plus de place à l'Afscot, ça coûte un peu moins cher qu'à la mairie. Je n'ai

pas voulu l'inscrire à la mairie pour les deux semaines ci parce que c'est trop de complications. Il faut aller la laisser quelque part le matin, il faut encore la récupérer dans l'après-midi par contre d'habitude on la prenait ici à côté alors la mairie pour les deux semaines si c'était... j'ai dit on va se concentrer un peu quand même pour faire aussi pour plus de devoirs. S'il fait beau on sort, s'il ne fait pas beau... comme j'ai dit petit, quand elle va vouloir soit le français, soit les maths, surtout les maths le matin, le soir quand elle va faire les devoirs dans les cahiers et demain on essaye de faire les devoirs ».

Cette mère est pleine de volonté mais n'arrive pas à s'organiser entre trouver du travail, passer le permis de conduire, s'occuper de sa fille (l'école, les activités, les repas). L'éducatrice sportive confiera à l'enquêtrice que la mère de Jessica a des problèmes et Jessica est suivie par une éducatrice spécialisée. Ceci n'a jamais été révélé lors des entretiens avec la famille.

À l'inverse, pour les familles orientées vers les dispositifs mais qui n'ont pas souhaité donner suite à l'ordonnance médicale, les enfants n'ont jamais eu une expérience d'activité physique encadrée en club ou en association sportive (Cf. [Tableau 38](#)). Amina ne sait pas faire de vélo et Ibrahim n'a plus de vélo. Ces enfants semblent assez éloignés de toute activité sportive. Et cela pourrait expliquer là aussi en partie le refus d'entrer dans le dispositif PRECCOSS.

Sandra	8	/	Sorties vélo, parc
Amina	9	/	Sorties parc
Ibrahim	9	Football (deux, trois séances)	Foot avec amis
Yusuf	10	/	Sorties parc, piscine, vélo

Tableau 38 : Activités physiques des enfants n'ayant pas donné suite à l'ordonnance médicale de l'un des dispositifs

Enfin, quatre autres enfants ont arrêté précocement le suivi au sein de l'un des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile, pour diverses raisons qui seront développées dans la partie 2.3 « Regard des familles sur les dispositifs : entre bénéfices et déceptions ». Certains avaient déjà eu une expérience sportive avant d'entrer dans le réseau (Juliette et Chloé) mais d'autres non (Farida et Sélim) (Cf. [Tableau 39](#)). Là encore l'arrêt est parfois lié à un contexte familial particulier, comme pour Farida. La mère, enceinte de son quatrième enfant, est sur le point d'accoucher et n'est plus en mesure d'amener Farida aux activités, tandis que le père travaille.

Farida	9	Sport PRECCOSS (arrêt)	Sorties parc
Sélim	14	Sport ODE (1 an)	Foot avec amis, sorties parc
Juliette	13	Danse (4 ans)	Sorties piscine, vélo
Chloé	15	Gym (5 ans), plusieurs activités testées un an ou moins (roller, step, danse, boxe, zumba), sport PRECCOSS (arrêt)	Sorties roller, vélo, balades

Tableau 39 : Activités physiques des enfants ayant arrêté le suivi au sein de PRECCOSS ou RÉPPOP

Même si les réseaux de prise en charge semblent apporter une activité physique supplémentaire aux enfants et adolescents en surpoids ou obèses, les configurations familiales et la précarité de certaines familles ne permettent pas aux enfants de maintenir une présence régulière aux ateliers ou ne les encouragent pas à y participer. Ces configurations familiales sont d'autant plus marquées dans les quartiers populaires (Déchaux, 2009 ; Siblot et al., 2015).

2.2 Regard des familles sur les dispositifs : entre bénéfices et déception

Le regard des familles sur les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile est assez partagé. Les mères y trouvent parfois un bénéfice notamment car cela leur permet de rencontrer d'autres mères et de déculpabiliser sur la situation de leur enfant. Mais pour les enfants, le bilan est plus mitigé. Les activités physiques proposées sont très attractives mais pas toujours adaptées à l'âge des enfants. Et les résultats sur l'apparence corporelle se font attendre.

Pour les plus âgés, les groupes d'activités physiques ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins ou attentes des adolescents.

Le cas de Sélim : adolescent pas intéressé par les activités et des parents occupés

Propos recueillis auprès de Sélim âgé de 14 ans, résidant au Neuhof et de son père. D'une part Sélim ne souhaite pas participer aux ateliers, et d'autre part, ses parents sont occupés par leur activité professionnelle, les enfants et la grand-mère malade qu'ils hébergent.

« Il allait faire du sport mais comme il a l'âge qui est passé, ils ont plus pris. Mais sinon, les ateliers cuisines ou les autres on n'a jamais fait. Même moi je ne suis jamais allé » (père de Sélim).

« J'avais pas le temps et ça m'intéressait pas beaucoup (rires). Vraiment pas (rires) » (Sélim).

« Et ma femme comme il y a ma mère, il y a les petits enfants qui viennent de l'école, alors elle n'a pas trop le temps à ce truc-là. Comme ma mère elle est malade un peu, un peu beaucoup même. C'est pas facile pour se déplacer quand elle fait, quand elle va aux WC, elle a toujours besoin de quelqu'un quoi » (père de Sélim).

Ici encore, la situation familiale semble avoir un impact sur la participation de Sélim au dispositif PRECCOSS. Le père travaille et la mère est en charge des tâches domestiques, des trois enfants ainsi que de la grand-mère paternelle malade. Le manque de temps et de suivi des parents, et la non-appréciation du dispositif par Sélim freinent son adhésion. Pour d'autres, c'est un véritable enchaînement de différents facteurs qui conduisent les familles à arrêter le dispositif.

Une accumulation de points négatifs qui conduisent à l'arrêt du dispositif

Propos recueillis auprès de Chloé âgée de 15 ans, résidant au Neuhof à Strasbourg et de sa mère. Elles expliquent tout le cheminement depuis la prescription du médecin à l'arrêt du dispositif.

Mère : « *Via le médecin. Parce que plusieurs fois elle l'a pesée, mesurée et comme elle prenait pas, enfin tu grandissais pas trop mais tu prenais du poids donc voilà à un moment elle a dit stop euh il faudrait aller consulter le groupe là-bas. Et moi je pensais que ça pouvait venir euh de quelque chose de psychologique on va dire. Elle a vu la psy pendant un an hein ?* »

Chloé : « *Ouais* ».

Mère : « *De PRECCOSS. Après voilà donc euh ça n'a rien débloqué du tout ! Et euh du coup euh on a vu euh Mme Lise c'est ça où ? La coach sportive ? Oui Lisa. Voilà je me trompe chaque fois. Mme Lisa. Pas la diététicienne parce que euh en fait on est déjà... Nous on est intolérant son père et moi, gluten et lactose, donc de toute façon... et puis lui en faisant la muscu il est quand même... enfin au niveau alimentaire on sait ce qu'on fait. Voilà, on a vu tous les deux un naturopathe, donc je...voilà. La diététicienne il n'y avait pas trop d'intérêt donc euh. Et je crois que c'est tout ce que propose le programme hein. La psy, la diététicienne et la coach, hein, donc euh voilà* ».

Concernant les ateliers d'activité physique, les créneaux pour les plus de 12 ans n'existaient pas encore officiellement. Chloé était d'abord dans le groupe des 6-12, puis sur un créneau pour les plus de 12ans mais qui n'a pas fonctionné. En parallèle, sur la même période le père de Chloé a eu un grave accident de la circulation qui a perturbé l'équilibre et l'organisation familiales.

Mère : « *Est-ce qu'on y était allé ? Je ne sais plus... Oui le samedi ! Tu ne te souviens pas au gymnase qui est derrière la kibitzenau ?! On t'avait laissée plusieurs fois !* »

Chloé : « *Oui, oui plusieurs fois* ».

Mère : « *Ouais, ouais, ouais, ces activités là, mais c'était un groupe ils étaient tous un peu plus petits qu'elle, plus jeunes. Donc elle n'était pas forcément tout à fait à l'aise dans ce groupe-là. Quoi que tu t'amusais bien quand même* ».

Chloé : « *Oui ça va, ça fait longtemps maintenant mais...* »

Mère : « *Et après justement on nous avait parlé, normalement ça devait se passer au gymnase du stockfeld et il devait y avoir un groupe d'ados le mercredi soir dix-huit heures...* »

Chloé : « *Ah oui ! Une fois on y est allé et il n'y avait personne !* »

Mère : « *Et oui voilà en fait c'était la seule pour... ben l'équipe la prise en charge pour un quart d'heure je crois ou une demi-heure. Oui voilà et après... et puis euh c'est la période où ton père a eu son accident je crois. Ah oui c'est vrai ! Et donc du coup il y a eu plusieurs fois où elle n'a pas pu y aller et puis on a lâché l'affaire quoi. Son père était en réa pendant euh, enfin euh à l'hôpital pendant au moins deux mois donc euh voilà euh ça a perturbé un peu notre vie quoi. Et on perd un peu le rythme dans ces moments-là. Mais bon voilà. Après faut qu'on attende que ce coccyx aille mieux c'est clair surtout* ».

Au final, Chloé n'a pas l'impression d'avoir été aidée par le dispositif PRECCOSS.

Chloé : « *Bah pas vraiment... un peu... je sais plus. Parce que je me souviens au début quand je voyais la psychologue on parlait de nourriture mais après on parlait d'autres choses, mais je sais plus. Je sais qu'on parlait d'autres choses et du coup ça...* ».

Mère : « *Bah c'était le but normalement de savoir pourquoi il y avait ce rapport à l'alimentation qui était un peu frénétique* ».

Chloé : « *Oui mais ça ne marchait pas, on ne trouvait pas* ».

Mère : « *Non ouais. Oui au niveau de l'âge, c'était pour ça aussi que qu'ils ont lancé le programme ado et tout compte fait ça n'a pas suivi j'ai l'impression par rapport à la fréquentation* ».

Malgré ce suivi, il n'y a pas eu d'impact sur le poids de Chloé. C'est finalement plus tard, deux à trois ans après avoir quitté le dispositif que Chloé a commencé à perdre du poids.

Mère : « *Mais bon là, au niveau du poids c'est vrai que ça va ça c'est...* ».

Chloé : « *Là je perds !* »

Mère : « *Voilà là tu perds et je ne sais pas si tu grandis faudrait voir* ».

Chloé : « *Je crois un peu. Oui il faudra voir !* »

Mère : « *Oui. Et là j'ai l'impression que la tendance est en train de s'inverser un petit peu quand même. Déjà je pense qu'à force de rabâcher, rabâcher, rabâcher, on arrive quand même à faire rentrer des principes d'alimentation* ».

Chloé : « *Oui c'est à cause du lycée aussi... Oui mais au collège je rentrais plus tôt, du coup je m'ennuyais, du coup je mangeais n'importe quoi. Là je rentre un peu plus tard et du coup je suis fatiguée directement. Je pense aussi c'est pour ça. Je mange moins, je trouve* ».

Outre l'impression de non-efficacité du dispositif et de la non-adaptation des activités par rapport à l'âge de Chloé, une situation particulière dans le parcours de vie de la famille a finalement eu raison de l'implication de Chloé dans le dispositif PRECCOSS. Néanmoins, Chloé a pu perdre du poids quelques années plus tard à l'entrée en seconde professionnelle. Le changement d'établissement scolaire a semble-t-il eu un impact sur le style de vie de Chloé avec une alimentation moindre et des déplacements plus actifs. En effet, Chloé qui était toujours véhiculée par sa mère, utilise désormais les transports en commun et de ce fait doit davantage marcher pour se rendre aux arrêts.

Mais parents et enfants ne sont pas toujours d'accord sur les bienfaits des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile.

Des avis contradictoires entre un adolescent et sa mère

Propos recueillis auprès de Jordan âgé de 13 ans, résidant aux Coteaux à Mulhouse et de sa mère. La mère et le fils n'ont pas le même regard sur l'utilité du réseau ODE tout comme leur objectif n'était peut-être pas le même entre volonté de perdre du poids pour le fils et déculpabilisation pour la mère. L'efficacité du réseau est remise en question par Jordan :

Jordan : « *Pas trop ça on va dire* ».

Mère : « Hum hum. Bah Jordan l'objectif au départ du réseau c'était quoi ? »

Jordan : « Perdre du... faire descendre la courbe ».

Mère : « Et qu'est-ce qui se passe ? Elle est redescendue la courbe ? »

Jordan : « Non ».

Mère : « Alors pourquoi ça te plait pas le réseau ? »

Jordan : « Parce que c'est... j'ai l'impression que ça ne marche pas ».

À l'inverse de Jordan, sa mère a trouvé une utilité au réseau ODE :

« Alors moi j'ai pas le même avis que M. parce que je crois que M. il pensait que c'était magique le réseau, on y va, on perd du poids c'est cool. Mais M. il a oublié la donne que c'était lui qui devait aussi faire un petit peu un... qui devait amener une contribution à tout ça. Moi je trouve que l'équipe du réseau franchement elle est vraiment bien parce qu'elle est déculpabilisante on va dire et que c'est vrai que sur les choses qu'on a faites. (Tousse). Puis montrer, on a pu peut-être réajuster certaines choses, voilà. De l'ordre des quantités ou des choses à faire. Après ce qu'ils proposent c'est chouette euh voilà. J'ai vu un impact sur Jordan parce qu'au début il avait perdu, la courbe s'était inversée. Il y a eu des choses et quand il a repris c'est pas du tout du fait du réseau. Voilà il y a eu pleins d'autres choses euh qui ont faites que c'était plus compliqué pour Jordan. Mais moi je trouve franchement que c'est une structure qui enfin qui est vachement aidante pour les familles. Oui voilà. Donc ça vaut le coup. Si Jordan veut continuer on continue c'est ce qu'on a décidé avec le médecin la semaine dernière. Mais euh je trouve que c'est... ça a le mérite au moins d'exister et de pouvoir accompagner les familles. Au début moi je me disais mais comment c'est possible qu'il prenne autant de poids parce que j'avais pas l'impression qu'on... ni qu'on était sédentaire, ni qu'on mangeait des choses euh à outrance ou des choses comme ça donc euh ça m'a permis de voir qu'il y avait différentes euh raisons pour une prise de poids. Voilà donc euh ça c'était plutôt pas mal. C'est dur on est toujours un peu... on se sent toujours un peu mis en échec quand le médecin il dit bon bah maintenant on va quand même aller voir parce qu'il prend du poids, qu'est-ce qui se passe, voilà ».

La déception de Jordan par rapport à une perte de poids non immédiate est ressentie par de nombreux enfants selon une diététicienne : « *Les enfants veulent maigrir mais tout de suite. C'est difficile de leur faire comprendre que ça va être long. (...) Il faut insister sur la prise d'habitudes...* » (Magali, diététicienne dispositif PRECCOSS).

La mère de Jordan évoque clairement un sentiment de culpabilité par rapport au surpoids de son fils Jordan. Face au constat du médecin, elle a vécu cette situation comme un échec et c'est le réseau qui l'a aidée à comprendre qu'elle n'était pas responsable. Dans ce cas, la mère de Jordan a tout de suite pris contact avec le réseau ODE. De nombreux parents sont confrontés à ce sentiment de culpabilité et l'un des premiers objectifs est de leur enlever cette représentation et de les déculpabiliser :

« Parce que souvent ils arrivent en disant... avec un état d'esprit... une sorte de vision très culpabilisatrice, ils ont l'impression qu'ils vont être pointés du doigt parce qu'ils ont mal fait, parce que c'est un échec pour eux, en tout cas c'est vécu comme tel. Donc on essaye de rassurer beaucoup à ce niveau-là et que eux se sentent assez en confiance pour adhérer à la prise en charge et qu'ils se sentent bien en partant de là. Qu'il y a une équipe prête à les accompagner avec une vraie proposition de soins en termes d'ETP » (médecin, réseau ODE).

Un autre professionnel du réseau ODE a également fait part de ce constat.

Ce sentiment de culpabilité se retrouve davantage chez les mères de famille populaire car ce sont elles majoritairement qui sont en charge de la santé des enfants (Martín-Criado, 2015). Mais pour d'autres familles, le cheminement est plus long du fait en partie de ce sentiment de culpabilité.

Un laps de temps parfois très long entre l'orientation et l'inclusion dans le dispositif

Propos recueillis auprès de la mère d'Amir âgé de 12 ans, résidant aux Coteaux à Mulhouse. La mère d'Amir explique comment 4 années se sont écoulées entre la première orientation par le médecin vers le réseau et l'inclusion définitive.

« Euh quand lui il avait... ça fait deux ans qu'on a vu ?? ça fait deux ans qu'on est à la ZEU, ça fait quatre ans, c'est le médecin traitant. Je lui ai dit que j'ai remarqué que mon fils il commence à prendre du poids, je me suis dit comment, comment que je peux faire parce que j'ai remarqué qu'il commence à prendre du poids. Puis après quand il a mesuré la taille, le poids, il m'a dit c'est vrai il est un peu surpoids mais c'est pas grave. Mais quand même si vous voulez, si voulez dans un mois revenez chez nous voir dans un mois on regarde comment... je vois s'il a rajouté plus ou moins. On va voir. Et après dans un mois encore, je suis retournée chez lui qu'il a pris, il a rajouté plus... normalement il doit pas rajouter tout ça. Et après il m'a dit c'est vrai c'est un enfant qui prend vite. C'est un enfant qui prend vite donc y a un... comment il s'appelle ODE, c'est à côté à Émile Muller hôpital, je vous donne l'adresse le numéro de téléphone et tout. Et je me suis dit quand même je sais pas, j'arrive pas, quand même j'attends, je sais pas comment ça fonctionne et tout ça. Je reste quand même six mois, six mois j'ai pas contacté tout de suite. Je me suis dit je vais attendre encore un petit peu, je vais voir comment ça va donner et tout. Après que moi j'ai remarqué plus que... beaucoup plus, après j'ai dit écoute j'ai pris le numéro qu'il m'a donné, j'ai contacté l'accueil, ils m'ont envoyé un dossier, j'ai rempli mais j'ai pas envoyé, du coup je l'ai perdu, je l'ai recontacté et ils m'ont renvoyé mais à mon ancienne adresse, c'est au bout de trois fois que ça a marché. Mais après dans tout ça, ça fait quand même deux ans que j'ai trainé. C'est pas tout de suite c'est deux ans, donc tout ça ils me renvoient un dossier, j'ai déménagé, après un jour j'ai dit écoute faut vraiment que je prenne rendez-vous, je leur dise bien encore le nouvel adresse. Là c'est bon ça a marché, ils l'ont envoyé, je l'ai rempli, je l'ai envoyé et après on a pris un rendez-vous. On n'a pas renvoyé le dossier. On a pris rendez-vous et après on est parti pour faire les trois heures, de dix heures, de huit heures jusqu'au midi. Voilà on a du mal à suivre. Voilà on a fait comme ça et voilà on suit encore. Mais c'est bien parce que y a des choses comme ça, des choses comme ça donc c'est intéressant. Nous on est encore chez eux, on fait les mercredi sport. On a raté un rendez-vous parce que j'ai oublié ».

La mère d'Amir explique bien la difficulté de rentrer dans le dispositif. Dans ce cas, elle a bien conscience de la prise de poids de son fils, mais a du mal à l'accepter. D'après elle, l'accepter revient à dire qu'elle a échoué quelque part. C'est d'autant plus difficile pour elle du fait qu'Amir est le seul des 4 enfants à être en surcharge pondérale. Ce n'est à priori pas le seul cas d'inscription tardive :

« souvent ils consultent tardivement c'est des jeunes qui quand on reprend leur courbe d'IMC enfin on a laissé trainer dans la durée, alors je ne sais pas à quel niveau ça se passe, soit voilà jusqu'alors dans les représentations je suis en bonne forme, je suis bien charnu, mais voilà parce que je suis en bonne santé tout va bien et surtout dans les discours je vais grandir donc ça va s'arranger et en fait on se rend compte que depuis leur six ans ils sont en situation d'obésité et ils en ont 15 quand ils viennent nous voir et bon y a eu un cheminement qui s'est passé mais souvent un peu tard. Parfois je ne sais pas ils viennent dire que c'est leur médecin traitant qui mesurait pas et qui pesait pas et c'est dommage, du coup voilà on en est là. Il y a un peu tous les discours mais en tout cas les jeunes consultent souvent tardivement, souvent, du coup avec des situations d'obésité enfin morbide bien comme il faut » (médecin, réseau ODE-RÉPPOP).

Pour que les programmes soient efficaces il est nécessaire que les parents prennent conscience du poids de l'enfant en lien avec des problèmes de santé (Mutzig, 2017) et de les inclure dans les dispositifs (Tanas et al., 2011). Mais la prise de conscience ne suffit pas toujours à franchir la porte des dispositifs, parfois l'intermédiaire d'un autre acteur a davantage d'impact sur le style de vie de l'enfant et de ses parents.

3. Impact plus nuancé d'autres acteurs sur l'enfant et les mères

Au-delà des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile et des parents de l'enfant, d'autres acteurs peuvent jouer un rôle dans la transmission d'un style de vie actif. L'école est l'un de ces acteurs et est considérée comme un lieu de socialisation secondaire (Bourdieu, 1966 ; Octobre & Jauneau, 2008). Le groupe de pairs peut également avoir un impact sur le style de vie, notamment à l'adolescence (Hoggart, 1970 ; Maurice, 2013).

3.1 Les voisins : des acteurs clés pour les mères et la socialisation sportive de l'enfant

Contre toute attente, les voisins du quartier ont un rôle important à jouer dans la transmission d'un style de vie actif des enfants en surpoids ou obèses. En effet, au cours de différents entretiens aussi bien avec les professionnels que les familles, le dialogue entre voisins ou habitants du même quartier a favorisé des inscriptions dans les dispositifs, dans des activités sportives ou encore des modifications de comportement, ce qui permet de montrer l'importance du capital d'autochtonie¹ comme ressource pour y participer (Retière, 2003).

Lors des observations, l'enquêtrice a pu constater la présence aux ateliers d'activité physique d'un enfant qui n'était pas sur la liste mais qui s'était présenté ce jour-là suite à un échange entre des mères au parc du quartier. Les éducateurs sportifs rencontrés ont confirmé qu'il n'était pas rare que par le bouche à oreille, les enfants des voisines ou de la famille éloignée (cousin.e.s) viennent spontanément aux activités. Si au départ, les professionnels laissaient participer les enfants présents, ce n'est plus le cas aujourd'hui pour des raisons de sécurité et d'assurance.

Le médecin du Neuhof a également pu constater l'impact du dialogue entre les mères du quartier même si d'après elle cela reste extrêmement rare :

¹ Le capital d'autochtonie « est l'ensemble des ressources que procure l'appartenance à des réseaux de relations localisés » et « a été construite autour de l'analyse des classes populaires » (Renahy, 2010).

« C'est arrivé rarement mais ça arrive avec le bouche à oreille oui. Il y a des gens qui parce qu'ils ont leur enfant à PRECCOSS, elles en parlent à d'autres mamans parce que quand elles sont au parc, quand elles sont dans les lieux avec parents enfants bah elles discutent et puis du coup ça arrive. Mais je dirai que c'est loin d'être la majorité. Ça m'est arrivé peut-être une ou deux fois pas plus » (Médecin du Neuhof).

Au-delà de l'orientation vers le dispositif PRECCOSS, des conseils sont également échangés entre voisines pour trouver une activité. Par exemple, la mère de Aylan a découvert la boxe pour son fils grâce à sa voisine de palier qu'elle considère comme une amie : *« Mon amie elle est diplômée et elle nous a aussi conseillé »*. C'est cette même voisine qui a permis à la mère d'Aylan de reprendre une activité physique encadrée : *« Je vous ai dit ma copine elle est juste en face là. C'est elle qui est qualifiée c'est elle qui nous entraîne »*. Dans ce cas, la voisine a eu un impact bénéfique à la fois sur le style de vie actif du fils et sur celui de la mère.

Pour la mère de Jessica, c'est également une voisine qui lui a donné l'idée de remplacer l'ascenseur par les escaliers :

« Comme on en est au douzième on s'était dit mon challenge c'était descendre on va prendre par les escaliers, ça secoue quand même jusqu'en bas ! ça fait quelque chose parce que j'avais ma voisine ici, mon ancienne voisine, elle s'était mariée, elle était un peu ronde aussi. Elle prenait toujours les escaliers, elle montait aussi. Elle avait vraiment du courage, parce que tu ne peux pas monter toute la journée jusqu'au douze hein ! Elle faisait quand même petit à petit, aux escaliers. Comme elle est seule elle remonte encore toute seule aux escaliers, mais en journée quand même elle prend l'ascenseur mais elle faisait ça » (Mère de Jessica, 7 ans, Coteaux).

Dans ce cas, le fait de voir la voisine le faire n'a pas permis un réel changement de style de vie de Jessica et de sa mère. En effet, même si elles ont essayé quelques fois de descendre par les escaliers, le rythme du quotidien les a fait renoncer à ce challenge. L'impact sur le style de vie actif n'aura pas duré dans le temps, et cela montre un effet moindre des voisins comparativement à d'autres acteurs et notamment la famille.

La relation de voisinage est très répandue mais aussi très différenciée avec davantage de conversation entre voisins de classe populaire et plutôt des visites de convivialités et des

échanges de services dans le haut de la hiérarchie sociale (Authier & Cayouette-Remblière, 2021). Néanmoins, une des familles rencontrées partage plus que des discussions avec ses voisins.

Des activités physiques et culinaires partagées entre mères et/ou enfants

Propos recueillis auprès de Sélim âgé de 14 ans, de sa mère et de son père concernant les activités réalisées entre voisines pendant que les pères travaillent, par exemple, en hiver avec des sorties à la neige ou bien encore des activités culinaires.

« Le champ du feu. Faire la luge. (...) Oui en famille, des fois quand moi je travaille ils vont le mercredi avec... il y a un car qui part de place des halles. Ils réservent leur place avec plusieurs femmes du quartier. Ils prennent le car, ils partent et après le soir de nouveau ils rentrent avec le car. (...) Petit pique-nique là-bas, ils font de la luge, ils s'amuse » (Père de Sélim).

« Oui c'est bien ça. C'est les enfants ils aiment bien aussi là-bas » (Mère de Sélim).

« Ouais quand il y a de la neige mais en ce moment il n'y a pas de neige. Oui on fait bataille de neige ! Voilà » (Sélim).

En dehors de l'activité physique, la mère partage également des repas avec des voisines du quartier à l'occasion de fêtes religieuses notamment.

« Aujourd'hui comme elle avait des invités, elle avait des femmes du quartier » (Père de Sélim).

« Juste avant de dix minutes quand vous veniez il y avait rempli ici et ahahah, il y avait vingt femmes (rires) » (Mère de Sélim).

« Comme on est dans le mois de Noé, Noé l'arche de Noé. Je ne sais pas si vous êtes croyante, chez nous euh comme on est musulmans nous aussi on croit à Noé, c'est le prophète aussi vous voyez. Et comme ils avaient plus rien à manger, il restait de chaque euh... un blé, un maïs, de chaque truc il restait... un aliment, en une fois, un peu. Alors ils ont mélangé tout ça, au lieu de mettre du sel, ils ont mis du sucre. Et dans le mois là, ça veut dire nous on fait, on achète euh sept, huit éléments ou neuf éléments, même treize et après on fait comme un genre de soupe mais c'est un peu sucré. Mais il y a du blé, il y a du maïs... (...) Alors comme on est dans le mois de chez nous c'est Muhammad. Alors c'est pour ça elle invite tout le monde. Une fois c'est l'une, une fois c'est l'autre. Ils ont une sorte de coutume (rires). Et aujourd'hui c'est elle qui l'avait fait » (Père de Sélim).

Dans ce cas, la durée d'implantation dans le quartier pourrait expliquer aussi ce rapprochement entre voisins puisque la relation de voisinage augmente après plus 10 ans de résidence dans le quartier (Authier & Cayouette-Remblière, 2021). Et ces sorties semblent se faire notamment entre femmes ce qui va dans le même sens que l'étude sur le voisinage réalisée en 2018¹, montrant que « *dans 72% des cas, les relations de voisinage concernent deux personnes de même sexe, mais les relations des femmes sont plus exclusives que celle des hommes (78% contre 60%)* » (Authier & Cayouette-Remblière, 2021, p. 3).

Ainsi, même si les voisins jouent bien un rôle dans la transmission d'un style de vie alimentaire et physique auprès des enfants en surpoids ou obèses et de leur famille, les habitants de l'étude implantés depuis plus longtemps dans un même quartier bénéficient d'un capital d'autochtonie plus important, leur permettant de développer des ressources supplémentaires et d'accéder à des informations sur les pratiques sportives. Ce capital d'autochtonie peut permettre également de faire plus facilement face au quartier (Retière, 2003).

¹ Enquête « Mon quartier, mes voisins (MQMV) » réalisée en 2018 par le centre Max Weber et l'institut national d'études démographiques, en France à Paris et à Lyon. Cf. [https:// mon-quartier-mes-voisins.site.ined.fr/](https://mon-quartier-mes-voisins.site.ined.fr/).

3.2 Les amis : des acteurs davantage présents auprès des adolescents

La socialisation sportive des enfants n'est pas que le fait des adultes mais passe aussi par les interactions des enfants entre eux. La cour de récréation est par exemple un lieu de transmission d'une « culture enfantine » (Delalande, 2006). En dehors des cours de récréation, les pieds d'immeuble sont également des lieux d'échange et de socialisation entre enfants et adolescents.

Le style de vie des ami.e.s a un impact sur celui des enfants et adolescents en surpoids ou obèses. Dès l'enfance, avoir des amis actifs entraîne l'enfant vers des comportements moins sédentaires. Cela vaut pour les déplacements comme l'explique Sélim : « *J'ai un ami qui est... c'est mon voisin et je l'attends et on marche ensemble* » (Sélim, 14 ans, Neuhof), ou encore Aïda : « *Oui. Oui j'aime bien et tous les matins et les après-midis j'y vais avec ma copine, on marche ensemble* » (Aïda, 11 ans, Neuhof). Le fait d'avoir un ami à proximité de son lieu de vie permet de réaliser le trajet domicile-collège à pied au lieu de prendre le bus.

Pour Jordan, sa pratique sportive a diminué lorsqu'il a déménagé et changé d'amis au passage au collège :

« Après avec Léon j'allais souvent marcher. Enfin j'allais des fois le voir, on allait marcher, on était chez lui, on faisait du vélo quand on était plus petit aussi. Bah jusqu'à ce que j'aille au collège. Ah mais en fait c'était quand j'étais chez ma grand-mère à S. et comme Léon habitait à S. on était pas loin. Du coup j'y allais à pied chez lui ou en vélo. C'était quand j'étais encore à l'école primaire, vers CM2. Après j'allais souvent chez lui le soir en sortant de l'école, sa grand-mère le cherchait et voilà on rentrait à pied » (Jordan, 13 ans, Coteaux).

Aujourd'hui, Jordan a davantage d'activités sédentaires avec ses amis du collège (cinéma, sorties en ville), et les activités sportives entre pairs se font rares : « *Hum, moyen. Une fois j'étais chez un ami on est allé en ville à vélo. Et sinon je crois que c'est tout* » (Jordan, 13 ans, Coteaux).

Les activités sportives sont souvent découvertes par l'intermédiaire des amis des enfants déjà inscrits dans ces cours. Parfois, l'activité est déjà connue mais le fait de savoir

qu'un ami y participe conduit les parents à se renseigner davantage et à y inscrire également leur enfant :

« On a trouvé sur internet et déjà mon fils il a un copain qui fait et je me suis renseignée aussi à la mairie jeunesse. Ils m'ont dit que c'est là-bas aussi. Première fois quand on cherchait des sports et tout ça, je me renseignais à la... comment s'appelle... palais des sports, à côté du palais des sports y a écrit euh sport jeunesse. Parce là je me suis renseignée ils m'ont dit y en a là-bas. Et après je suis partie et y avait un copain il a dit à mon fils que oui ils font aussi là-bas et que je fais là-bas. Et après la dame elle a dit maintenant vous êtes un peu en retard, vous commencez après les vacances »
(Mère d'Amir, 12 ans, Coteaux).

Pour une autre famille, c'est d'abord par l'intermédiaire d'une voisine, *« par une dame qui habite l'immeuble qui est présidente du club »* (Mère de Maëlys, 10 ans, Coteaux) que Maëlys et ses parents ont découvert l'existence d'un club de hand, activité qu'elle souhaite faire. Mais finalement, les créneaux de l'activité ne correspondent pas à Maëlys :

« Mais au début je voulais m'inscrire mais comme je termine à dix-sept heures le vendredi et que je dois repartir pour deux heures de sport alors que je fais deux heures de sport le vendredi au collège bah du coup ça fait quand même un peu beaucoup quatre heures » (Maëlys, 10 ans, Coteaux).

« Deux heures et deux heures à l'école, c'est trop quatre heures d'affilé » (Père de Maëlys).

« Quatre heures d'affilé ça fait un peu, un peu beaucoup ça ! Parce que ça va plus lui donner envie de faire du sport. c'est mieux de faire... petit à petit et une heure-là, ou une heure deux ou trois jours après que directement deux heures qu'après elle eut sport à l'école » (Mère de Maëlys).

L'ensemble des membres de la famille semblent d'accord avec cette incompatibilité d'horaires. Suite à cela, Maëlys a découvert un autre club de handball grâce à une de ses amies :

« Maman j'ai trouvé un nouveau centre de hand ! C'est ma copine qui m'a demandé, qui me l'a dit. Euh à gymnase Camus, là-bas derrière où y a le... là-bas où y

a le gymnase camus ! Là-bas elle fait... ils font du hand là-bas ! Euh... gymnase Albert Camus » (Maëlys).

« Et c'est quand ils font le... ? » (Père de Maëlys)

« Je sais pas il faut que je lui demande à ma copine parce qu'elle en fait. Je vais lui demander c'est quand » (Maëlys).

Le cercle d'ami.e.s peut ainsi contribuer à faire découvrir aux enfants l'existence de certaines activités sportives. Ce n'est pas pour autant que l'inscription sera faite car d'autres facteurs doivent être réunis afin de permettre à l'enfant de se lancer dans une nouvelle activité sportive encadrée et tout cela en accord avec les parents.

Sans forcément diriger vers une pratique sportive encadrée, les amies des mères permettent aussi de renforcer un style de vie actif. C'est le cas de la famille d'Aïda. Lors du première entretien, l'amie de la mère et son fils étaient également présents. Le père d'Aïda n'est pas présent à Strasbourg, il travaille en région parisienne. Les deux familles sont très souvent ensemble et partagent aussi bien des activités actives que sédentaires :

« Partir au parc » (Mère d'Aïda).

« Ou au ciné aussi hier » (Aïda, 11 ans, Neuhof).

« Hier on est parti avec gens vous voyez la dernière fois chez nous. Avec eux on est parti au cinéma » (Mère d'Aïda).

« Avec eux on part tout le temps. Et il (le fils de l'amie de la mère) joue au skate avec moi » (Aïda).

Finalement, les ami.e.s permettent aux mères ou aux enfants d'avoir des échanges sur les lieux de pratique et d'obtenir des conseils qui les conduisent parfois à se lancer dans une activité physique. Cela semble d'autant plus déterminant pour les enfants entrant dans l'adolescence (Hoggart, 1970 ; Maurice, 2013). Mais, l'impact sur le changement de style de vie semble tout de même assez faible en comparaison des facteurs familiaux qui demeurent prépondérants.

3.3 L'école : des actions confuses pour les familles et des activités non adaptées

L'école est un lieu de socialisation secondaire où les enfants passent beaucoup de temps. Elle contribue à modeler leur éducation en leur transmettant des savoirs mais aussi de nouvelles règles de vie, complémentaires ou différentes de celles apprises dans la famille. L'école est également souvent utilisée par les pouvoirs publics pour inciter à l'adoption de pratiques saines en espérant transformer les rapports de santé (Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008 ; Vieille Marchiset, 2019). Néanmoins, les activités proposées ne sont pas toujours adaptées aux caractéristiques des familles populaires et les actions ne sont pas toujours comprises par les familles. Si, avec la scolarisation, elle détient de moins en moins fréquemment le monopole de l'éducation enfantine, la famille ne reste pas inerte par rapport aux autres cadres socialisateurs potentiels comme l'école. Elle peut ainsi exercer un rôle de filtre par rapport aux prescriptions.

L'institution scolaire a un objectif d'éducation à la santé (physique, psychique, sociale et environnementale) qui s'inscrit dans différentes circulaires¹ visant à faire acquérir à chaque élève « *les connaissances, les compétences et la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable en référence à la mission émancipatrice de l'école* »². Différentes ressources et outils sont mis à disposition des professionnels de l'éducation nationale afin de les aider à mettre en œuvre des actions portant sur l'aliment, le goût, l'activité physique, image du corps³...

À partir du collège, des activités UNSS sont proposées aux adolescents à la pause méridienne. Aucun des enfants rencontrés n'est inscrit dans l'une de ces activités. Certains ont essayé mais sans succès. C'est par exemple le cas d'Amir qui rentre manger chez lui tous les midis :

¹ Circulaire de 2002 « *qui fixe le cadre général de la 'politique de santé en faveur des élèves' (MEN, 2002a)* », circulaire du 12 novembre 2015 sur la « *Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves* », circulaire n° 2016-008 du 28 Janvier 2016 avec la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves.

² https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo5/MENE1601852C.htm?cid_bo=97990

³ <https://eduscol.education.fr/2094/mettre-en-pratique-les-grandes-thematiques-de-l-education-l-alimentation-et-au-gout>

« Oui l'année dernière. Ça a changé mais j'aimais pas. Parce qu'on fait pas beaucoup, c'est la course on a dix minutes pour manger, deux minutes pour manger et après on doit cash y aller. On n'a pas le temps en fait » (Amir, 12 ans, Coteaux).

La même problématique est mise en avant par Chloé scolarisée dans un lycée professionnel et qui tente de s'inscrire dans une des activités, la seule qui pourrait correspondre à ses horaires.

La musculation : seule activité UNSS compatible avec l'emploi du temps mais difficultés pour s'y inscrire

Propos recueillis auprès de la mère de Chloé et de Chloé âgée de 15 ans, résidant au Neuhof. Elles expliquent la difficulté à participer aux activités UNSS proposées par le lycée entre midi et deux.

Chloé : *« Si, si, il y a UNSS et je me suis inscrite euh c'est la muscu le mercredi entre midi, mais euh en fait faut avoir un permis et faut le passer et faut faire des trucs un peu... faut passer le permis et en fait la dernière fois on s'est fait recalée car on n'a pas réussi à faire les ateliers, les trucs qu'on devait faire. C'était gainage pendant une minute trente et on n'a pas tenu, du coup il nous a dit de partir. Mais on va réessayer à chaque fois ».*

Mère : *« Mais ça ne se fait pas ça ! C'est choquant ça moi je trouve ! Moi j'étais choquée, sérieux ! Les gamines elles y vont, elles ont la volonté d'y aller ».*

Chloé : *« Il disait si vous y arrivez pas vous pouvez partir ou alors bah si vous savez pas ce que c'est vous pouvez partir. On vient pour apprendre, mais bref ! Non en fait c'est le mercredi pour réessayer d'avoir le permis et après le reste c'est toute la semaine y a, on peut aller à la salle ».*

Mère : *« Donc vous allez retenter ou pas ? »*

Chloé : *« Bah on va essayer ! La semaine dernière j'étais pas chaude, la semaine d'avant elle pouvait pas. Mais on va réessayer ».*

Cet extrait permet de remarquer que la possibilité de participer à cette activité tient aussi au fait qu'une des amies de Chloé l'accompagne. Sans la présence de son amie, Chloé ne se rend pas à l'activité.

Mère : « *Et il y a pas autre chose que muscu ?* »

Chloé : « *Si mais en fait on peut pas ! Le lundi, le jeudi, le vendredi on mange à la cantine du coup on n'a pas le temps et le mardi je crois il y a rien d'intéressant. Et le mercredi c'est le seul jour où on peut y aller, il y a muscu c'est tout* ».

Mère : « *D'accord. Et parce que vous mangez à la cantine vous pouvez pas y aller, mais non mais parce que vous avez les cours qui sont trop proches c'est tout ! Tu as pas le temps ?* »

Chloé : « *Non mais c'est pas ça. C'est on n'a pas trop le temps. C'est genre on a trente minutes de sport je crois ou une heure mais après on n'a pas le temps de manger et tout ça* ».

Mère : « *D'accord. Parce que au collège il y avait donc le service prioritaire pour ceux qui faisaient UNSS. Oui mais en fait... C'est-à-dire que vous aviez le droit d'y aller tout de suite en premier et d'être servi tout de suite en premier pour pouvoir aller de midi et demi à une heure et demie* ».

Chloé : « *Non là c'est pas pareil, en fait les heures de sport elles sont entre midi et treize heure trente et après la cantine elle est ouverte entre onze heure trente et treize heure quinze. (...) Si je finis à midi faut que je mange et après faut que j'aille vite fait et après c'est chaud* ».

Mère : « *Oui et puis faire du sport le ventre plein c'est pas le meilleur moment quoi. Faudrait être calme après le repas, digérer* ».

Chloé : « *On peut même pas aller au sport et après manger parce que si ça ferme la cantine voilà quoi. Donc c'est un peu chaud on peut y aller que le mercredi* ».

Chloé mange à la cantine mais elle est aussi plus âgée qu'Amir et déjà au lycée. Sinon, dans les quartiers populaires, les enfants mangent rarement à la cantine mais rentrent manger chez eux pour des raisons culturelles et financières (Ginioux et al., 2006 ; Tichit, 2012).

Une évolution dans les activités proposées est aussi mise en avant par la mère de Jordan. Elle a été scolarisée dans la même école primaire que ses enfants et remarque une diminution du temps, par exemple, accordé à la pratique de la natation :

« L'école faisait beaucoup à cette époque-là hein. Nous on allait à la piscine une fois par semaine avec l'école élémentaire. (...) De ouais du CP jusqu'au CM2. Tous les samedis matin y avait piscine et le mercredi c'était le mercredi des neiges. Où on pouvait monter au Markstein apprendre à skier. Donc ça j'ai fait aussi un petit peu. (...) Oui, la piscine nous c'était toute l'année vous c'est c'est un trimestre par voilà comme ton frère maintenant le CM2 de octobre à décembre. Ouais, ouais ouais » (Mère de Jordan, 13 ans, Coteaux).

D'après elle, actuellement les activités proposées à l'école sont moindres et sur des temps limités. Ceci peut aussi s'expliquer par le fait que les piscines sont très sollicitées pour les cours scolaires, les cours des clubs et l'ouverture au public et les infrastructures pas toujours suffisantes notamment dans les QPV (Mondésir, 2019). Il faut aussi prendre en compte le coût que représentent pour les écoles les sorties « piscine » incluant souvent des temps de trajet.

Par rapport aux ateliers de promotion de la santé et de l'activité physique mis en place dans les écoles, les messages ne semblent pas toujours compris par les enfants et leur famille. C'est le cas de Sandra et de sa mère qui sont fières d'expliquer que Sandra ne prend plus de petit déjeuner le matin car l'école leur donne un fruit à la récréation. Il s'agit en fait de l'opération « un fruit pour la récré » mise en place par le Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche afin qu'un fruit soit distribué comme goûter lors des récréations aux enfants des établissements participants. L'objectif de cette opération de promotion de la santé n'est pas de remplacer le petit déjeuner mais bien de remplacer la collation du matin et/ou de l'après-midi apporté par les familles et généralement industrielle, par un fruit. En voulant bien faire, Sandra et sa mère font le contraire des recommandations puisque le PNNS place le petit déjeuner comme étant le repas le plus important de la journée à ne surtout pas manquer. Cette incompréhension peut également s'expliquer par le fait que la mère de Sandra ne maîtrise pas bien la langue française. La mère de Sandra a également du mal à saisir la différence entre les activités périscolaires proposées par l'école et le dispositif PRECCOSS ce qui l'a conduit finalement à ne pas inscrire sa fille :

« on a parlé mais on n'a pas accepté M. J'ai arrêté parce qu'elle m'a dit que c'est très difficile après l'école tout de suite. Directement à faire PRECCOSS scolaire à faire le sport et tout ça. Dans 15h45 elle sort de l'école, jusqu'à 17h30 jusqu'à 18h. elle m'a dit ça fait beaucoup. Et je la comprends parce qu'elle fait beaucoup l'école ici. 8h30-midi, 14h-16h et... » (Mère de Sandra, 8 ans, Neuhof).

Ces politiques publiques scolaires axées sur les comportements alimentaires et/ou physiques semblent avoir du mal à s'imposer auprès des élèves, notamment les plus âgés. Les socialisations familiales prennent majoritairement le dessus à l'adolescence, notamment parmi les adolescents obèses. Cela expliquerait la résistance de ces derniers à ces programmes, actions scolaires en matière de comportements alimentaires et/ou physiques (Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008). L'éducation à la santé fait partie des apprentissages fondamentaux enseignés dès l'école primaire au cours du 2^{ème} cycle (enfants âgés de 6 à 9 ans) et du 3^{ème} cycle (enfants âgés de 9 à 12 ans), même si elle semble rarement intégrée par les enseignants aux projets de promotion de la santé (Jourdan et al., 2002). L'éducation à la santé peut être travaillée à partir des cours d'EPS. Pour les éducateurs territoriaux des APS l'éducation à la santé est directement en lien avec le surpoids. Mais, ils estiment que leur rôle auprès des élèves en surpoids se limite à leur donner du plaisir dans la pratique physique afin qu'ils ne se détournent pas de l'activité sportive. Pour le reste, d'après eux, le surpoids est principalement lié à un problème alimentaire et ils renvoient donc la responsabilité aux parents et au corps médical (Dubois & Amans-Passaga, 2017).

Parfois, l'école apparaît tout de même comme une passerelle vers les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile. D'après l'une des médecins du réseau ODE-RéPPOP, l'école et notamment les infirmières scolaires sont les acteurs qui orientent le plus les enfants vers le dispositif :

« Des enfants souvent adressés par la médecine scolaire, les infirmières souvent, ce sont les principaux acteurs d'adressage au niveau du réseau, parfois les pédiatres, parfois les assistantes sociales aussi ou parce que y a des mesures judiciaires et des parents qui sont un peu contraints de prendre en charge leurs enfants notamment point de vue santé et auquel cas on les envoie un peu de notre côté » (médecin, réseau ODE-RéPPOP).

Ainsi, c'est à partir de l'école que le premier diagnostic est souvent posé et toujours d'après ce médecin, c'est la première raison de la venue des parents et de l'enfant dans le réseau :

« Souvent c'est la préconisation de l'infirmière scolaire qui est venue peser, mesurer le jeune à un moment et qui va dire la chose qui fait mal à savoir votre enfant il est en situation d'obésité et puis là c'est la claque pour les parents, le diagnostic il tombe, très mal vécu, c'est le terme qui fait mal obésité donc d'un coup bah oui ça fait un peu réagir » (médecin, réseau ODE-RÉPPOP).

De ce point de vue-là, l'école apparaît comme un acteur incontournable dans l'orientation et la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses. D'un autre côté, les élèves obèses développent des stratégies de contournement empêchant l'école de parvenir à modifier des comportements alimentaires et/ou physiques (Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008). L'effet de l'école et des programmes de prévention mis en place ne peut pas être évalué indépendamment du statut social des familles et de la signification de ces messages dans l'environnement social des individus (Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008 ; Vieille Marchiset, 2019).

4. La famille au cœur de la transmission d'un style de vie actif des enfants et adolescents en surpoids ou obèses

Répondant à la deuxième et troisième hypothèse de la thèse, ce deuxième chapitre de résultats visait à analyser le rôle de chacun des membres de l'entourage (famille, pairs, école, professionnels de santé) de l'enfant ou de l'adolescent en surpoids ou obèse dans la transmission d'un style de vie actif ou non.

Conformément à la deuxième hypothèse, il s'agissait d'abord de vérifier si les différents membres de la famille (mère, père, belle-mère, beau-père, fratrie, grands-parents...) ont des rôles différenciés dans la transmission d'un style de vie actif ou non auprès des enfants en surpoids ou obèses. Et d'observer si cette différenciation varie également en fonction du sexe de l'enfant et de sa place dans la fratrie.

Par rapport à la troisième hypothèse, l'objectif était d'analyser l'existence et le rôle d'autres instances socialisatrices dans la transmission et la réception des styles de vie actifs et plus particulièrement chez les adolescents en surpoids ou obèse résidant dans un quartier populaire. Il s'agissait d'étudier l'influence des dispositifs de prise en charge, de l'école et des pairs – véhiculant des discours parfois contradictoires avec ceux des familles – sur leur style de vie.

La transmission d'un style de vie actif dépend très largement de la configuration familiale. Dans le cadre de cette recherche, l'analyse porte sur 16 familles « traditionnelles », c'est-à-dire des couples avec enfants (mariés ou non, hétérosexuels) et sur 5 familles « nouvelles », c'est-à-dire des familles monoparentales (par exemple suite à des divorces)¹. Même si les familles « traditionnelles » sont majoritaires, les « nouvelles » tendent à se développer et d'autant plus dans les milieux populaires (de Singly, 2018 ; Déchaux, 2009).

La première partie de ce chapitre permet de confirmer l'existence d'un rôle différencié entre la mère et le père de l'enfant. Il semble notamment y avoir un investissement plus

¹ Classification proposée par Déchaux en 2009 et vouée à évoluer « car les structures familiales sont dynamiques et ne restent jamais durablement figées dans une configuration stable » (p. 15) (Cf. Déchaux, J-H., (2009). Sociologie de la famille. Éditions La découverte, collection Repères, Paris, 128 p.).

important des mères dans l'accompagnement aux activités sportives – encadrées mais également autonomes avec des sorties au parc – et à celles des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile. Ceci peut être mis en lien avec la configuration familiale quel que soit le type de famille. En effet, pour les familles « traditionnelles » où les pères sont présents, ils ne sont pas pour autant disponibles car ce sont eux qui travaillent tandis que les mères sont en charge de l'entretien de la maison et de l'occupation des enfants notamment dans les milieux populaires (Bessière & Gollac, 2020). Pour les familles « nouvelles » monoparentales ce sont le plus souvent les mères qui ont la charge des enfants (Algava et al., 2005). Cette différence de rôle entre les mères et les pères se retrouve de la même manière quel que soit le dispositif de prise en charge. D'après le discours des professionnels aussi bien de PRECCOSS que du réseau ODE-RÉPPOP, plus les parents sont investis dans les programmes plus cela sera efficace et bénéfique pour l'enfant. Il a déjà été montré l'importance de l'implication de l'ensemble des acteurs concernés pour une meilleure réussite d'un programme (Cachard, 2020). Ce constat amène certains médecins à orienter les enfants ou adolescents en surcharge pondérale vers des dispositifs de prise en charge, uniquement s'ils observent que les parents sont prêts à s'investir et surtout qu'ils ont conscience du surpoids et des problèmes que cela peut engendrer.

En effet, ce chapitre permet de rendre compte que les parents ne perçoivent pas toujours le surpoids ou l'obésité de leur enfant comme un problème de santé immédiat ou futur. Ce rapport au corps entraîne parfois un retard dans la prise en charge de l'obésité infantile avec une entrée tardive dans les dispositifs. Ce rapport différencié au poids peut s'expliquer par différentes raisons, culturelles et ou familiales. Par exemple, si l'ensemble des membres de la famille est en surcharge pondérale, le discours des mères tend à banaliser le poids de ses enfants et à l'attribuer à la génétique familiale. Or moins de 5% des problèmes de poids sont d'ordre génétique (Dubern, 2007). À l'inverse, si un seul des enfants de la fratrie est diagnostiqué en surpoids ou obèse, les discours des mères interviewées montrent qu'elles prennent davantage conscience de la surcharge pondérale et auront tendance à l'associer au comportement individuel de l'enfant (« plus gourmand » que ces frères et sœurs, « n'aime pas bouger » ...).

C'est ce rapport au poids des membres de la famille qui différencie surtout les fratries. Par contre, avec la diversité des configurations familiales rencontrées, la variation hétérogène

du nombre d'enfants dans la fratrie, la différence de place dans la fratrie de l'enfant en surpoids, le sexe des enfants (que des garçons, que des filles...), il n'a pas été possible de déterminer le réel impact de rôle différencié en fonction du sexe et de la place dans la fratrie. Néanmoins, les discours sur les causes de l'obésité varient en fonction du nombre de membres de la famille concernés par une surcharge pondérale.

Au-delà du rapport au corps, le rapport à l'activité physique varie également en fonction des familles. Le premier constat, déjà établi avec d'autres publics est que plus les parents sont actifs, plus les enfants sont actifs (Bois, 2003 ; O'Connor et al., 2009 ; Neshteruck et al., 2020). Cette recherche permet d'approfondir ce constat en distinguant deux logiques influant sur le style de vie actif ou non des enfants. Certains parents ont une logique d'incitation voire d'obligation à la pratique sportive quand d'autres privilégient une logique de « libre de choix » de la pratique. Les enfants incités voire obligés d'avoir une pratique sportive sont tous inclus dans un dispositif de prise en charge de l'obésité infantile et sont plus actifs que ceux ayant « libre choix » de la pratique et qui parfois ont été orientés vers les dispositifs mais ne les ont pas intégrés.

Ces logiques sont également dépendantes du rapport à l'activité physique des parents. Trois rapports différenciés peuvent être mis en exergue : un rapport de « bien-être global », un rapport « utilitaire » et un rapport « éloigné » à l'activité physique.

Parmi les parents ayant un rapport « éloigné » à l'activité physique, tous ont une logique de « libre choix » de la pratique pour leur enfant. Ce sont des familles plus précaires où les deux parents sont en recherche d'emploi et ou de régularisation sur le territoire français. Parmi eux, plusieurs enfants n'ont pas souhaité s'inscrire aux dispositifs de prise en charge ou ont abandonné en cours de route. Cette non-inscription ou cet abandon aux dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile pourraient s'expliquer par leur situation familiale et leur rapport « éloigné » à l'activité physique (Grassler, et al., 2019b).

Les parents – et notamment les mères – ayant un rapport de « bien-être global » à l'activité physique ont souvent eux-mêmes eu une expérience sportive et favorisent l'inscription en club ou association sportive de leurs enfants. Les enfants de cette catégorie sont inclus dans l'un des dispositifs de prise en charge de l'obésité, où le discours véhiculé par les professionnels semble conforter les parents dans leur représentation de l'activité physique

car elles correspondent aux leurs (Berlivet, 2004). Néanmoins, malgré un rapport de « bien-être global » à l'activité physique, certains enfants ne pratiquent pas ou peu et semblent moins actifs que d'autres. L'explication peut se trouver dans l'analyse des configurations familiales car les parents de ces derniers sont divorcés. Les mères des familles monoparentales sont en charge des enfants et travaillent tandis que les mères mariées sont pour la plupart mères au foyer et ont donc davantage de temps à accorder à leurs enfants. Une situation de plus en plus fréquente dans les milieux populaires où les mères sont en charge du suivi scolaire et médical des enfants (Cresson, 1995) et les mères monoparentales obtiennent généralement la garde des enfants (Siblot et al. 2015 ; Bernard et al, 2019 ; Bessière & Gollac, 2020).

Quand l'activité physique est perçue comme un outil afin de perdre du poids, la pratique sportive est réalisée uniquement dans ce but et tant que l'enfant est en surpoids ou obèse. Les mères pratiquent davantage que celles ayant un rapport « éloigné » à l'activité physique mais de manière auto-organisée et non dans un club ou une association. Les pères sont également plus actifs et pratiquent parfois en club.

Ainsi, ces rapports expliquent parfois la non-inscription des enfants dans les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile, notamment quand il y a un rapport « éloigné » à l'activité physique. Dans l'ensemble, ces dispositifs sont parfois la seule activité physique encadrée de la semaine pour les enfants. Mais ces enfants ont bien souvent déjà eu une première expérience sportive et sont donc familiers à l'activité physique. Il y a deux exceptions à ce constat. D'une part, l'âge des enfants car les plus jeunes (6-7 ans) n'ont pas eu d'expérience sportive en club ou association avant leur entrée dans le dispositif. Il est vrai aussi que les offres et infrastructures sportives dans de nombreux quartiers populaires sont plus limitées que dans les zones résidentielles (Gasparini & Vieille Marchiset, 2008 ; Mondésir, 2019). D'autre part, les familles les plus précaires et en cours de régularisation sur le territoire français présentes dans les dispositifs ont des enfants n'ayant jamais eu d'expérience sportive encadrée en club ou association.

Le regard des familles sur les dispositifs est assez nuancé. Les enfants les plus jeunes apprécient « aller au sport » le mercredi ou samedi. Les plus âgés sont par contre souvent déçus soit par les activités proposées, soit par un manque d'efficacité immédiate sur leur

apparence corporelle (découragement), sentiment d'inutilité. Le rapport au corps change également à l'adolescence (Sudre et al., 2013 ; Diasio, 2014) et l'engagement dans une activité physique pour une personne obèse est parfois rendu plus difficile (Marcellini et al., 2016). Parallèlement, de nombreuses mères semblent satisfaites des dispositifs même si l'analyse permet de montrer un sentiment de culpabilité chez nombre d'entre elles, d'autant plus lorsqu'un seul de leurs enfants est concerné par une problématique de poids, les empêchant parfois de franchir le pas de l'inscription par honte. Ce sentiment également ressenti par les professionnels des dispositifs s'explique par différents facteurs. D'une part, dans les milieux populaires, comme dit précédemment, les mères sont en charge du suivi médical de l'enfant (Cresson, 1995 ; Bessière & Goulac, 2020) et se sentent donc responsable de leur santé. D'autre part, il y a parfois un décalage entre le discours véhiculé par les professionnels et celui des familles (Martín-Criado, 2015).

Cette différence de discours peut également s'observer entre les professionnels de santé notamment en ce qui concerne la lutte contre l'obésité infantile (Merlaud & Terral, 2016) avec parfois des logiques de chiffre et de résultat pour obtenir des subventions (Robelet et al., 2005 ; Favier-Ambrosini & Delalandre, 2018). Pour rappel, le surpoids n'est pas considéré comme une maladie, contrairement à l'obésité. Pourtant les dispositifs de prise en charge inclus dans les mêmes ateliers des enfants en surpoids et obèses. Certains considèrent déjà le surpoids comme un problème et une maladie à part entière. Finalement, les familles vont se réapproprier ces discours médicaux sur l'obésité, l'activité physique et l'alimentation (Keppens, 2013). Il existe des formes différenciées de réception d'actions de prévention de l'obésité déjà mises en avant dans une étude auprès d'étudiants obèses (Knobé, 2020). L'alimentation semble être plus particulièrement un sujet de discordance avec différentes approches de prise en charge. Ainsi, les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile participent à renforcer le style de vie actif ou non des enfants. Pour certaines mères de famille, ils permettent une déculpabilisation mais dans le chapitre suivant, il s'agira de montrer que d'autres facteurs peuvent accentuer le sentiment de culpabilité, notamment en fonction de l'origine et de la culture familiale.

Hormis la famille et les dispositifs, d'autres acteurs peuvent avoir un impact sur le style de vie des enfants et adolescents en surpoids ou obèses. C'est le cas par exemple du groupe de pairs. Ces derniers peuvent exercer une influence à la fois sur le type de déplacement

(sédentaire ou actif) et sur les activités de loisirs. Cette influence semble prendre davantage de place à l'adolescence. Les adolescents échangent sur leur pratique sportive, créent des affinités qui les incitent parfois à s'inscrire dans la même activité sportive. C'est parfois simplement un ou une voisin.e qui va permettre la découverte d'une pratique et agir indirectement sur le style de vie actif des enfants. À l'inverse, le discours et le comportement de certains entraîneurs sportifs conduisent des enfants – notamment des adolescents – à stopper une activité sportive encadrée. Arrivé à l'adolescence, la pratique sportive est parfois plus difficile avec l'apparition de changements corporels, et d'autant plus lorsque l'adolescent est obèse (Langlois et al., 2016).

Une dernière instance socialisatrice peut avoir un impact sur le style de vie des enfants. L'école est parfois le premier lieu de diagnostic du surpoids ou de l'obésité réalisé par l'infirmière scolaire. Néanmoins, les programmes ou les activités ne semblent pas toujours adaptés aux caractéristiques des enfants en surpoids ou obèses des milieux populaires. Des actions mises en place sont mal comprises ou les horaires de pratique sportive ne sont pas adaptées au rythme de vie des familles populaires. Les familles populaires ne sont pas toujours en accord avec les discours véhiculés par l'école (Périer, 2005). Par exemple, avec des activités proposées entre midi et deux alors que les enfants mangent à la maison pour des raisons culturelles et financières (Ginioux et al., 2006 ; Tichit, 2012). Pourtant d'autres usages dans le milieu scolaire seraient envisageables pour répondre aux besoins des familles populaires (Ternoy et al., 2021).

Ce chapitre apporte un éclairage sur l'impact des différents acteurs de l'entourage (famille, pairs, école, voisin, professionnels de santé...) sur le style de vie actif ou non des enfants en surpoids ou obèses, orientés vers des dispositifs de prise en charge proposant de l'activité physique. Les acteurs principaux semblent être les parents de l'enfant et notamment les mères. Viennent ensuite les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile. Et enfin, il existe des acteurs secondaires qui viennent renforcer ou contrarier les représentations des parents, notamment à l'adolescence, comme le groupe de pairs, l'école, les voisins. La deuxième hypothèse est en partie vérifiée avec l'existence d'un rôle différencié entre les différents membres de la famille. Par contre, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer une implication différente de la mère ou du père en fonction du sexe de l'enfant ou de sa place dans la fratrie. La troisième hypothèse est quant à elle vérifiée

avec l'influence d'acteurs secondaires sur le style de vie actif ou non des enfants en surpoids ou obèses, notamment à l'adolescence.

Chapitre 5

Enfants et adolescents d'immigrés : l'impact du parcours migratoire des parents sur les pratiques alimentaires et physiques

Le chapitre précédent a permis de montrer l'existence d'une pluralité d'acteurs dans l'entourage de l'enfant ou adolescent en surpoids ou obèse avec chacun leur propre rôle dans la transmission d'un style de vie actif ou sédentaire. Les parents – et notamment les mères – sont les principaux acteurs, secondés par les professionnels de santé, les pairs et l'école. Des rapports différenciés à l'activité physique ont pu être relevés.

Dans ce cinquième chapitre, il sera question d'étudier l'impact du parcours migratoire des parents et/ou grands-parents sur leurs pratiques alimentaires et sportives, ainsi que sur celles de leurs enfants et adolescents. En effet, dans les quartiers urbains populaires, nombreux sont les habitants à avoir un passé migratoire. L'origine ne faisait pas partie des critères d'inclusion dans cette recherche, néanmoins force est de constater qu'à l'exception de deux, toutes les familles rencontrées¹ dans les différents quartiers de l'étude sont issues de l'immigration. Les enfants peuvent alors être considérés comme des descendants d'immigrés, soit du fait qu'ils sont nés en France, soit car ils ont vécu majoritairement en France² (Santelli, 2016). C'est donc davantage le parcours migratoire des parents qui sera analysé et permettra d'observer son impact sur la socialisation de leurs enfants.

Les travaux sur le rapport aux activités physiques des populations immigrées ou issues de l'immigration oscillent entre deux traitements sociologiques : d'une part ceux qui montrent que ces populations restent attachées à leur culture d'origine et s'opposeraient aux normes de la société d'accueil ; d'autres part, ceux qui montrent qu'au-delà de l'origine ethnoculturelle³, ce sont d'autres facteurs qui expliquent les rapports aux activités physiques et sportives comme, par exemple, la position et la condition sociales, le genre, la « génération » (première, deuxième ou troisième génération d'immigré)... Nous nous situons au croisement de ces deux traitements car la réalité est beaucoup plus complexe et nous assistons souvent à une sorte de « bricolages identitaires » empruntant des éléments de la

¹ Pour rappel, 21 familles sont incluses dans l'étude.

² D'après Santelli, est également considéré comme descendant d'immigré un enfant né à l'étranger mais ayant vécu la majorité de son enfance en France, contrairement à la définition de l'INSEE selon laquelle « *un descendant d'immigrés est une personne née et résidant en France ayant au moins un parent immigré* » (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797578?sommaire=4928952#documentation>).

³ Un groupe ethnoculturel est défini par Hugues Lagrange comme « *un ensemble humain qui partage une langue, des mœurs, un territoire, une histoire et se distingue d'autres ensembles humains qui revendiquent un autre héritage dans ces mêmes domaines* ». Notre appartenance à un groupe ethnoculturel dépend de notre héritage (physique, psychique et social) et de notre socialisation (Lagrange, 2010b).

culture d'origine et de la culture de la société d'accueil (Dubar, 2000). Ainsi, la plupart des descendants d'immigrés ont le souvenir d'avoir grandi avec le sentiment d'être tiraillés entre deux systèmes de valeurs. Cette éducation familiale est aussi sous l'influence directe de l'environnement résidentiel qui peut, soit réactiver l'univers des valeurs familiales, soit entrer en confrontation avec lui (Santelli, 2016). C'est pourquoi, la composition du voisinage peut conduire les enfants et adolescents vers des comportements conformes à l'histoire migratoire ou, au contraire, en décalage avec celle-ci. Ce sont les conditions de l'expérience migratoire, la « génération » dans l'histoire migratoire, le pays d'origine, l'importance ou non du religieux dans la vie familiale, la position sociale des familles et leur capital culturel, le fait d'avoir un seul ou deux parents immigrés, la composition du voisinage qui, en se croisant, expliquent l'attachement ou non à la culture d'origine, et notamment son effet sur le rapport aux activités physiques et sportives. Par ailleurs, comme le souligne William Gasparini (2008), les discours sur l'intégration des populations immigrées par le sport et, plus particulièrement, des jeunes français d'origine maghrébine ou de confession musulmane, produisent un « effet de réel » (Barthes, 1968). De nombreux exemples « vus à la télé » de footballeurs et autres basketteurs et athlètes issus conjointement de l'immigration et des milieux populaires accréditent l'idée que le sport favorise la réussite de personnes dont les origines ethniques, culturelles et socio-économiques seraient ailleurs stigmatisées. Dès lors, le rapport au sport des populations issues de l'immigration habitant les QPV est ambivalent : d'un côté, le sport des garçons est valorisé et largement utilisé dans les politiques sociales de la ville ; d'un autre le sport des filles est dévalorisé et souvent absent des politiques urbaines (Gasparini, 2005). En effet, dans les quartiers populaires, la pratique sportive des filles est souvent tributaire de leur rapport à l'EPS ou de l'influence des pairs et de la fratrie.

D'autre part, toutes les recommandations sur l'alimentation et l'activité physique faites aussi bien au niveau national (par le PNNS), qu'au niveau local (par les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile) ne correspondent pas toujours aux représentations faites par l'enfant et sa famille (Thin, 1997), pouvant ainsi entraîner un sentiment de culpabilisation pour les parents (Gojard, 2000). En effet, les programmes de lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles ne tiennent pas compte des conditions d'origine des émigrés. Il revient alors aux parents, de composer entre leurs pratiques alimentaires et physiques d'origine et les recommandations faites par les politiques publiques de santé. En fonction du

pays d'origine (de l'enfant ou de ses parents) et des pratiques alimentaires et culturelles « traditionnelles » de la famille, mais également selon sa trajectoire, les représentations du corps, de l'alimentation et de l'activité physique seront plus ou moins éloignées du modèle légitime transmis par ces politiques publiques (Sayad, 1999 ; Tlili, 2002 ; Lagrange, 2010a). Cet écart entre le modèle familial et le modèle véhiculé par les politiques de santé publique est susceptible de produire un sentiment de culpabilité chez certaines mères immigrées des classes populaires. Les recommandations en matière de lutte contre le surpoids ou l'obésité infantiles proposées par les professionnels de santé se confrontent aux représentations des familles populaires, notamment au rôle de « bonne mère » (Grassler et al., 2019a).

De ce fait, l'objectif de ce chapitre sera de montrer que la transmission et la réception de styles de vie actifs (ou non) sur et par l'enfant en surpoids ou obèse est fortement dépendante des pratiques alimentaires, sportives et religieuses « traditionnelles » du pays d'origine de sa famille.

1. L'impact du parcours migratoire sur l'activité physique et l'alimentation des familles

À l'exception de deux, toutes les familles de l'étude ont un passé migratoire, la majorité des enfants étant nés en France et au moins un de leurs parents étant immigré (Cf. Tableau 40). Les deux enfants nés à l'étranger sont arrivés en France jeunes et peuvent être considérés comme des descendants d'immigrés (Santelli, 2016). Ainsi, le style de vie de l'enfant ou adolescent en surpoids ou obèse est le produit de la rencontre entre d'une part l'histoire familiale, ses traditions, sa culture d'origine et, d'autre part, la culture de son pays d'accueil – la France – (Sayad, 1999). En fonction du pays d'origine (de l'enfant ou de ses parents) et des pratiques alimentaires et culturelles « traditionnelles » de la famille, mais également selon sa trajectoire, les représentations du corps, de l'alimentation et de l'activité physique seront plus ou moins éloignées du modèle légitime transmis par les politiques publiques Sayad, 1999 ; Tlili, 2002).

Enfant	Âge (années)	Pays de naissance de l'enfant	Pays de naissance des parents	Pays de naissance des grands-parents
Maëlys	10	France	Algérie (père)	Algérie (paternels)
Amir	12	France	Maroc	Maroc
Jessica	7	France	Cameroun	Cameroun
Siméon	7	France	Arménie	Arménie
Zevan.	13	Arménie		
Sélim	14	France	Turquie (mère) France (père)	Turquie
Aïda	11		Arménie	Arménie
Chloé	15	France	France	Algérie
Fatima	6	France	Algérie	Algérie
Azat	7	Arménie	Arménie	Arménie
Farida	9	France	Algérie	Algérie
Yasmine	9	France	Maroc	Maroc
Maryam	10			
Laura	10	France	Congo	Congo
Sacha	9	France	Russie	Russie/Géorgie
Aylan	11	France	Turquie	Turquie
Sandra	8	France	Roumanie	Roumanie
Amina	9	Italie	Maroc	Maroc
Ibrahim	9	France	Maroc	Maroc
Yusuf	10	France	Turquie	Turquie
Juliette	13	France	Allemagne (père)	Allemagne (paternels)

Tableau 40 : Origines des enfants, de leurs parents et de leurs grands-parents

1.1 Davantage d'activités physiques dans le pays d'origine : un cadre favorisant la mise en mouvement

Le coût, les conditions météorologiques et les possibilités de déplacement sont les principaux freins à la pratique d'une activité sportive ou à un style de vie plus actif évoqués par les familles de l'étude comme cela a pu être montré dans les chapitres précédents. Pour nombre d'entre elles – et notamment des parents – ces freins disparaissent lorsqu'elles se trouvent dans le pays d'origine.

Les modes de déplacements et même les distances d'un lieu à un autre changent selon le pays mais sont aussi très dépendants de l'histoire familiale, du contexte socio-historique et culturel local. Nombreux se disent beaucoup plus actifs dans leur pays d'origine. Les parents d'une famille expliquent « qu'au pays » ils se déplacent toujours à pied pour rendre visite à des proches, alors qu'en France, pour des distances identiques, ils auraient pris la voiture ou les transports en commun (mère et père de Yasmina et Maryam, âgées respectivement de 9 et 10 ans, originaires du Maroc). Le sentiment d'insécurité évoqué en France comme un frein pour autoriser leurs enfants à pratiquer des activités extérieures seuls n'existe plus lorsqu'ils sont dans leur pays d'origine.

En effet, lors des séjours dans le pays d'origine, les enfants semblent davantage laissés libre de jouer à l'extérieur voire pour certains de se baigner ou pratiquer des activités de loisirs aquatiques du fait d'une facilité d'accès et d'un climat plus propice :

« Parce que voilà là-bas c'est autre chose et ben on a la mer, le soleil, le jet ski machin. Yusuf là-bas, justement là-bas il fait beaucoup plus d'activités » (Mère de Yusuf, âgé de 10 ans, originaire de Turquie)

La question des déplacements ressort également dans d'autres entretiens. Ci-dessous l'analyse de la situation de Jessica et de sa mère, originaire du Cameroun, permet de faire d'autres constats.

Des déplacements actifs mais des distances moins importantes en France du fait des services de proximité

Propos recueillis auprès de la mère de Jessica âgée de 7 ans, arrivée en France depuis plus de 10 ans. Jessica ne connaît pas son père qui réside au Cameroun. La mère explique comment les enfants vont à l'école dans son pays d'origine comparativement à la France.

« Les plus grands tiennent la main des plus petits. Et si vous êtes dans un quartier, vous allez toujours ensemble. Si les autres sont déjà allés avant vous allez aller tout seul. Ce qui est sûr c'est que vous croisez toujours, parce que c'est la même route, vous allez toujours croiser des enfants qui y vont et y a des amis, y a des gens de ta classe, y a des connaissances. Donc vous allez... on marchait toujours en petit groupe. Oui. (...).

Les trajets pour se rendre à l'école se font toujours à pied, sur de longues distances et en groupe d'enfants au Cameroun. Elle explique ensuite comment en France cela se déroule pour Jessica.

Ici je vis d'abord déjà seule avec elle ici. Elle est à quelques mètres mais je suis obligée de l'accompagner à l'école euh... parce que euh... parce qu'il y a trop la sécurité ici. Ya la sécurité on ne fait pas vite confiance aux enfants, ils ne sont pas trop autonomes vite comme chez nous. On fait trop pour eux, on fait trop pour eux. Mais chez nous on nous apprend à faire vite, on nous apprend à faire très vite des choses. Mais ici, euh... si ma fille elle est en Afrique, le matin elle peut aller acheter du pain toute seule. Elle peut quitter ici, ici y a une boulangerie euh... là en bas elle peut y aller, elle risque rien parce que tout le quartier la connaît. Elle ne risque rien, mais ici tu as peur de tout. Je sais pas avec ce qu'il se passe et tout et tout les gens vivent dans une euh... déjà tu ne connais pas ton voisin donc ça que tu as toujours un peu de boule au ventre quoi. Mais tout est prévu par exemple l'école est prévue, les gens qui ont prévu que dans chaque quartier il y a l'école, y a le collège, y a tout, tout est prévu que les gens n'aillent pas dans des grandes distances. Mais... Mais avec tout ce qui se passe... avec qu'on apprend aussi aux enfants à faire ici tôt, on est toujours en train d'aller les chercher. Pourtant l'enfant peut aller tout seul à l'école, revenir tout seul. Mais on ne sait pas qu'est-ce qu'il peut arriver d'ici à là. Parce que des choses arrivent toujours. Ça arrive aussi là-bas Afrique maison on ne sait pas ce qui peut arriver. Je ne sais pas pourquoi c'est comme ça et c'est un système que tu trouves le système toi aussi tu es obligée de faire comme le système » (Mère de Jessica).

Au-delà d'une différence de « système » comme le mentionne la mère de Jessica, il semblerait que son parcours migratoire l'ait éloignée de l'entraide des pairs et de la famille dont elle pouvait bénéficier dans son pays d'origine. Les conditions de vie des enfants d'immigrés dépendent, d'une part, du nombre de parents immigrés (les deux ou uniquement l'un des deux), et d'autre part, du nombre d'années passées en France par les parents (Santelli, 2016). En France, elle se retrouve seule et isolée à s'occuper de sa fille et éprouve un sentiment d'insécurité dans son quartier d'habitation. En revanche, elle n'a pas changé ses habitudes de déplacements (à pied) – à noter que la mère de Jessica n'a ni permis, ni voiture – mais les distances parcourues sont moindres. En effet, il existe des écoles et commerces de proximité contrairement à son lieu d'origine ce qui limite ses déplacements actifs.

L'analyse de cette étude de cas, permet de faire un rapprochement avec l'importance de l'influence des acteurs secondaires (pairs, voisins) dans la réalisation d'activités physiques et de loisirs. Pour Jessica et sa mère, le capital d'autochtonie¹ (Retière, 2003) semble bien moindre en France que dans le pays d'origine. Le parcours migratoire a entraîné un changement conséquent de ce point de vue-là : perte des ressources locales de son lieu de vie d'origine, éloignement de la famille, et difficultés à tisser de nouveaux liens dans son quartier actuel. D'une part le capital économique et culturel de la mère de Jessica a diminué lors de son arrivée dans le pays d'accueil – pas d'emploi, pas d'entourage familial, nouvelle culture – et le capital d'autochtonie dont elle semblait bénéficier au Cameroun paraît inexistant ou presque en France. Pourtant le capital d'autochtonie permet par moment « *de pallier l'absence ou la faiblesse des capitaux centraux (capital culturel et capital économique) dans l'accès à certains marchés (emploi, immobilier, matrimonial, etc.) des jeunes femmes d'origine populaire et rurale* » (Orange et al., 2019).

D'autres raisons peuvent expliquer des différences dans les déplacements entre pays d'origine et pays d'accueil comme cela a été mis en avant par la famille de Sélim.

¹ Cf. *Les voisins : des acteurs clés pour les mères et la socialisation sportive de l'enfant*

Davantage de marche en Turquie : une différence due au lieu et au contexte

Propos recueillis auprès de Sélim âgé de 14 ans, de sa grande sœur et de son père. Tous trois expliquent être beaucoup plus actifs notamment dans leurs déplacements lorsqu'ils se trouvent en Turquie l'été. Le père est arrivé en France à l'âge de 4 ans et a grandi au Neuhof. Sa famille est originaire d'un village turc en bord de mer. La mère de Sélim a vécu son enfance en Turquie. Ils expliquent utiliser rarement la voiture pour se déplacer là-bas.

« Oui on marche beaucoup là-bas ! Parce que pour... parce qu'on y va dans des endroits, il faut pas prendre la voiture. On est obligés de marcher donc on marche beaucoup » (Père de Sélim).

« À chaque fois on va dans une autre ville alors on visite, alors il y a des parcs, y a des trucs, il y a des monuments historiques, des musées, voilà. Pour connaître un peu leur culture de leur ville là-bas ! Alors on se promène, on laisse la voiture » (Père de Sélim).

« Bah comme c'est des endroits touristiques, quand c'est tout à pied vous voyez » (Grande sœur de Sélim).

« On voit mieux à pied quoi, c'est pas interdit » (Sélim).

« C'est pas interdit mais comme il y a beaucoup de gens c'est très difficile ! » (Père de Sélim).

« Oui bah comme j'ai dit, touristique » (Grande sœur de Sélim).

La marche semble être une activité appréciée par le père de Sélim y compris en France :

« J'ai un jardin, je rentre le soir des fois je vais au jardin, je marche à pied. J'aime bien marcher aussi. J'essaye ou même le vélo, comme j'ai plus de voiture en ce moment. Ma femme elle a une voiture mais j'évite de prendre. Alors j'ai la voiture de société alors ça j'ai pas envie de toucher le soir. (...) Je ne sais pas si vous connaissez vers le... euh l'allée Reuss quand on va vers beaucoup de bois, où il y a les chevaux. J'ai là-bas, c'est tout là-bas, rue de chemin Schutfeld. C'est quoi trois cents mètres, quatre cents mètres peut-être » (Père de Sélim).

Finalement en fonction du contexte socio-historique du pays, et de la période de l'année, le mode de déplacement diffère. En Turquie, la famille est contrainte de se déplacer

à pied car les voitures sont interdites dans les zones touristiques des villes. En France, la famille semble également prioriser les trajets actifs mais pour d'autres raisons, principalement économiques. Lors de leurs séjours en Turquie, il faut tenir compte du fait qu'il s'agit de vacances en famille et que c'est la période estivale. Le temps de vacances est propice à d'autres types de loisirs (Bickel et al., 2005). Les stratégies temporelles diffèrent en fonction du type de temps (travail, libre, scolaire...) et les rythmes qui en résultent dépendent de la classe sociale, d'âge, de la génération et du sexe (Octobre et al., 2010). Ainsi, les changements de rythme entre temps scolaire et temps de vacances peuvent expliquer les différences de loisirs au cours de ces deux périodes distinctes.

Au-delà des différences de représentation du sport, le coût des activités sportives peut également varier d'un pays à un autre. Plusieurs familles dont les parents ont habité en bord de mer dans leur pays d'origine, ont évoqué une limitation des possibilités d'activités physiques en France du fait de leur situation socio-économique et de leur lieu de vie.

Plus évident de « bouger » en Algérie : moins cher, temps libre plus conséquent et une entraide familiale importante

Propos recueillis auprès du père de Fatima âgée de 6 ans. Les parents originaires d'Algérie sont arrivés en France en 2000. Le père compare les différents loisirs que sa famille et lui peuvent avoir en Algérie – où ils se rendent tous les étés lors de vacances – et en France le reste de l'année. Aujourd'hui, le père de Fatima, infirmier, travaille de nuit afin de pouvoir relayer sa femme la journée et s'occuper du fils aîné lourdement handicapé.

Il commence par expliquer les activités sportives pratiquées en Algérie puis celle réalisées depuis sa venue en France.

« Moi j'ai fait le sport avant. Parce qu'on habitait devant la mer. Donc j'ai fait beaucoup de natation pendant ma jeunesse. Après j'ai fait euh le sport de poids, le bodybulding, la bonne position là-bas au bled, c'est pas ici. Maintenant je travaille la nuit comme infirmier. Donc j'ai travaillé dix-sept ans en Algérie au service des urgences. Après quand je suis arrivé, quand je suis venu en Europe en 2000 j'ai fait, enfin j'ai beaucoup travaillé lourd, comme j'étais un peu costaud j'ai résisté quoi. Après de temps en temps je marche quand je travaille la nuit. Quand je rentre l'été, je vais à la mer natation. (...) De temps en temps on fait des sorties avec le vélo, des fois on marche un peu. Mais quand j'étais jeune j'ai fait beaucoup de natation. La mer presque toute l'année où je suis né on nage presque toute l'année » (Père de Fatima).

La situation professionnelle actuelle du père semble le limiter dans ses activités sportives et de loisirs, néanmoins cela n'est pas la seule raison évoquée.

« À Ben Guemmez. On habite juste à côté de la mer. Quand on descend au bled, je les ramène à la mer. Donc c'est ça les inconvénients ici là-bas comme on dit. C'est ici y a que la piscine et la piscine c'est cher voilà. C'est pas jusqu'à la baie. Enfin on descend pour voir la famille, là-bas on nage » (Père de Fatima).

La situation économique et le coût des activités sportives semblent également expliquer une plus faible pratique en France qu'en Algérie où la famille est un véritable soutien. Le père explique plus en détail comment se déroulent les sorties à la mer dans son pays d'origine.

« Nous on commence entre quatre ans, cinq ans, c'est les parents qui nous ramènent. Soit les pères, après des fois aussi les grands-frères. Donc les premiers temps on nage avec eux donc

où il y a le sable. C'est pas juste petite, enfin y a pas la profondeur. On commence quatre, cinq, six ans, après sept ans, entre six ans, huit ans on commence à aller un peu où il y a plus de profondeur mais toujours avec la famille. Avec soit la famille, soit avec la plupart du temps le frère voilà. Le quartier y a sept, huit plus grands que nous donc ils nous ramènent. Chacun ramène sa fille, son fils ou bien quelqu'un qui travaille dans le domaine comme ça après quand on est grand on commence à nager seul. Voilà. À douze, treize, quatorze ans on peut nager plus loin. Après voilà ça y est. Après j'ai travaillé comme maître-nageur avec la mairie. Oui avec la mairie j'ai travaillé comme maître-nageur quand j'étais infirmier je peux être infirmier en étant maître-nageur. Si y a quelque chose je peux faire les premiers soins, les premières actions si quelqu'un tombe. On est un peu plus grand maintenant je ne sais pas s'il serait content comme on nage pas vite. Sauf quand on va au bled, on nage avec les enfants. On les amène où il y a un peu de sable, où il y a un petit rocher comme ça. C'est pas des gros rochers, c'est des petits rochers comme ça parce que on cherche quelque chose pour eux qui n'est pas vraiment profondeur. En même temps il faut chercher la mer où il y a le propre. Pas où il y a les algues ».

Ces déplacements en Algérie ont lieu une fois par an pendant l'été sur une durée variable selon les congés obtenus par le père de famille et l'état de santé du grand frère de Fatima au cours de l'année écoulée l'ayant obligé à prendre plus ou moins de congés en dehors de la période estivale.

« Euh pour l'instant une fois par an oui. On va fin juillet jusqu'à la fin août. Des fois on fait un mois, des fois on fait un mois et demi, ça dépend. Ça dépend de mon travail si j'ai beaucoup de... enfin nous on a cinq semaines de congés. Mais des fois j'ai des récupérations parce que si je travaille beaucoup plus j'ai des récupérations comme ça en décembre. Des fois par exemple si je prends le... si mon fils est malade, je prends un jour ou deux de vacances, les congés de décembre je prends pas puisque je suis congé sans solde. Ça dépend question d'argent comment on peut faire » (Père de Fatima).

Concernant les déplacements, des différences s'observent également. À leur arrivée en France, ils utilisaient beaucoup les transports en commun et se déplaçaient à pied pour des raisons économiques n'ayant pas les moyens d'acheter une voiture. Depuis qu'ils ont fait l'acquisition d'un véhicule, les déplacements se font davantage par ce biais-là d'autant plus

en cas de mauvais temps. Comparativement, en Algérie, la voiture n'est pas du tout une option de déplacement envisagée.

« Enfin avant on se déplace beaucoup en tram. Ça fait maintenant un an et demi que j'ai acheté la voiture. Donc euh pour aller à l'école quand y a soleil je veux bien les ramener à pied. Quand y a beaucoup de pluie je suis obligé de la ramener avec la voiture. Mais avant la plupart du temps je ramène avec enfin un copain à moi parce que j'ai pas de voiture. Mais comme j'ai acheté la voiture, comme aujourd'hui j'ai ramené la voiture. Sinon si il fait beau je la ramène à pied, au tram et puis on marche. Mais comme ce matin il avait plu je l'ai ramené avec la voiture. Au bled avec la voiture c'est bon, y a pas besoin. On ne se déplace pas. Parce qu'on marche beaucoup » (Père de Fatima).

Le parcours migratoire de cette famille semble avoir eu un impact sur leur style de vie actif aussi bien dans les déplacements que dans les activités de loisirs. En effet, la situation socio-économique, géographique, familiale et professionnelle difficile en France ne permet pas à Fatima et à son père d'avoir les mêmes activités que dans leur pays d'origine, l'Algérie. D'après une étude algérienne¹, en fonction du lieu de vie (urbain, périurbain, rural) les déplacements utilisés varient ainsi que le temps accordé à une pratique physique et sportive. Globalement, 75% des filles et 86% des garçons se rendent à l'école à pied mais ce taux monte à 100% pour l'ensemble des enfants – indépendamment du sexe – habitant en périphérie. Les enfants résidant en zone rurale ne mentionnent aucune activité physique de loisir mais par contre passent moins de temps en position assise que ceux de la ville (Chibane & Zireg, 2016). Les propos du père de Fatima semblent cohérents avec les résultats de cette enquête, puisque, habitant dans un village, ses déplacements sont pédestres. En France, la famille est installée dans une zone urbaine ce qui pourrait expliquer – indépendamment de l'origine – le passage à des déplacements sédentaires.

¹ Réalisée à Oum El Bouaghi à l'Est de l'Algérie, l'étude a été présentée par Sami Rampzi Chibane et Souad Zireg lors du 12ème Colloque international francophone des villes et villages en santé et des Villes-Santé de l'OMS Agir ensemble : 30 ans d'action vers des communautés en santé Montréal (Canada), le 22-24 novembre 2016 (<https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-01881406>).

Ainsi, d'après le discours des enquêtés, le parcours migratoire semble avoir un impact sur leur style de vie actif et leurs déplacements. Ils l'expliquent par la différence culturelle avec la société d'accueil (la France), l'éloignement familial et le coût des activités physiques et sportives. Ces représentations sont à mettre en lien avec la nostalgie du pays d'origine et un potentiel effet de la mémoire. La nostalgie peut se référer aux souvenirs sensoriels (souvenirs d'enfance, des lieux, goûts et odeurs qui y sont associés), à la tradition familiale (peut être transmis aux enfants par le langage) et à la communauté culturelle (expériences culturelles de son vécu ou de celui de l'entourage proche) (Stern, 1996). Cette nostalgie participe et est nécessaire à la construction de la « double identité » de l'immigré (Stern, 1996 ; Sayad, 1999). La nostalgie du pays d'origine peut avoir un impact dans le processus d'acculturation des immigrants de première et deuxième générations, les produits alimentaires représentant pour eux une « *dimension symbolique, mais aussi des dimensions culturelles, sociales et individuelles qui permettent à l'individu de (re)construire une partie de son identité* » (Stamboli-Rodriguez, 2011, p. 383). Cette nostalgie pourrait également impacter le discours des parents sur leurs activités d'enfance et sur leur rapport à l'activité physique et à l'alimentation au sein de leur pays d'origine et de leur pays d'accueil. Il s'agira d'essayer de déterminer si le rapport au sport de ces familles dépend davantage de leur origine culturelle ou si d'autres variables sociologiques peuvent l'expliquer.

1.2 Des pratiques physiques différentes entre parents et enfants : effet de l'origine ethnoculturelle ou de génération ?

Au-delà du coût qu'elles représentent et des différences de mode de déplacement, les modalités de pratique sportive diffèrent d'un pays à un autre. De nombreux parents relatent des expériences sportives ou physiques différentes des possibilités de loisirs sportifs en France. Néanmoins, il est parfois difficile de savoir si les « habitudes » de pratiques sportives dans le pays d'accueil sont dues à l'origine ethnoculturelle, à un effet de génération, au fait d'avoir un ou deux parents immigrés ou encore au lieu de socialisation (Sayad, 1999 ; Santelli, 2016). En effet, un enfant dont les deux parents sont immigrés n'aura pas le même processus de socialisation que celui dont l'un de ses parents est issu de la « population majoritaire » (Santelli, 2016). L'objectif de ce chapitre sera donc de déterminer la part de l'origine ethnoculturelle, de la génération et du contexte d'immigration des parents sur les pratiques sportives des enfants et de leur entourage.

Au cours des entretiens, il est apparu que les modalités de pratiques sportives varient entre le pays d'origine et le pays d'accueil. Dans le chapitre 4, l'étude avait permis de montrer l'importance des expériences sportives des parents, puisque plus ceux-ci – et notamment les mères – ont été actifs pendant leur enfance, plus leurs enfants le seront également. Des différences sexuées vis-à-vis de la pratique sportive apparaissent de manière plus marquée dans certains pays d'origine.

Des cultures sportives opposées entre l'Arménie et la France : le cas de la famille d'Aïda

Propos recueillis auprès de la mère d'Aïda âgée de 11 ans et d'une amie de la mère. La famille, originaire d'Arménie, vit en France depuis 7 ans en situation d'irrégularité sur le territoire. Le père n'habite pas avec Aïda et sa mère car il travaille à Paris. Lors de l'entretien, une amie de la mère d'Aïda, originaire de Géorgie mais ayant longtemps vécu en Arménie, est également présente. Selon elles, la culture n'est pas la même dans leur pays d'origine comparativement à leur pays d'accueil notamment du fait que les femmes ne font pas de sport en Arménie.

« Parce que chez nous c'est femmes toujours euh à la maison préparer. Et chez nous les hommes laissent pas sortir les femmes. Chez nous un peu difficile. Oui. C'est chacun son tradition, culture » (Mère d'Aïda).

Tout comme sa propre mère, elle n'a pas fait de sport en dehors de l'école. C'est en arrivant en France, il y a 7 ans, que la mère a commencé à faire du vélo pour partager de « bons moments » avec sa fille. Dans leur culture, la femme doit d'abord demander la permission à son mari avant de pouvoir pratiquer une activité sportive de loisir.

« Oui ici c'est pareil tout le monde même niveau mais chez nous... chez nous c'est un peu difficile. Mais maintenant ça va ! Avant on était catastrophe. C'était comme ça, c'était comme ça. Pour nos mamans c'était plus difficile parce qu'avant quand mon père il dit quelque chose non ma mère elle va pas euh pas demander deuxième fois. Mais maintenant euh quand mon mari il m'a dit non je dis pourquoi non ? je dois faire ! Pas toujours mais je vais essayer faire euh. Mais ma mère elle peut jamais dire non quand mon père il dit non ma mère elle dit ok d'accord » (Amie de la mère d'Aïda).

Ici, le parcours migratoire a finalement permis de laisser à Aïda et sa mère plus de « liberté » et de s'éloigner du regard de leur société d'origine sur la pratique sportive limitant l'accès au sport pour les femmes en dehors de l'école. L'absence « forcée » du père au sein du foyer, liée à la situation socio-économique de la famille est peut-être également une explication de l'« émancipation sportive » de sa femme. Mais en s'appuyant sur les propos de l'amie de la mère, il s'agit également d'une évolution des regards et de la culture arménienne sur la femme. Là aussi, l'éloignement du pays d'origine a permis une pression familiale et sociétale moindre.

Hormis le sexe, il est également possible de relever des modalités de pratiques différentes d'un pays à un autre. Dans les pays moins développés, le sport encadré n'existe pas ou peu mis à part pour l'élite sportive, selon les représentations des parents. Les activités sportives ont généralement lieu pendant le temps scolaire. Le sport « *c'est juste avec l'école. Oui peut-être ils choisissent ceux qui ont plus envie et ils ajoutent une demi-journée dans la semaine pour faire du gymnase* » (Mère d'Amina, âgée de 9 ans, originaire du Maroc). Une autre mère originaire du Maroc explique que dans son enfance les activités physiques se pratiquaient à l'extérieur :

« bon pour Maroc les activités comme ici c'est... y a pas. Ça n'existe pas. Oui, la vérité y a pas. Si tu veux faire des activités tu fais toi-même. Oui ! Toi-même, oui ! C'est ça ! Y a pas des centres, des trucs comme ça. Si tu veux faire des activités, tu fais toi-même. On joue cache-cache, (...) Ballon aussi ! La balançoire ! Oui, la corde à sauter. Oui, le (parle en arabe) je sais pas comment on dit. La marelle ? ! Oui on joue ça ! Des trucs qu'on fait nous-mêmes. Alors ça oui. On trouve toujours quelque chose à faire. (...) On inventait carrément » (Mère de Yasmine et Maryam, âgées respectivement de 9 et 10 ans, originaire du Maroc).

Au sujet de la marelle, une troisième mère originaire du Maroc explique également y avoir joué mais peut-être de manière différente qu'en France :

« On fait plein de jeux, c'est ça j'ai appris beaucoup parce que on était nombreux on fait plein de jeux que maintenant je vois que les gens ils font la même chose. Mais des gens sans, comme on fait avant c'est la même chose en fait juste un autre rythme. C'est le rythme, des choses qui change. Quand on fait, je sais pas comment s'appelle en France... tu sais quand on saute comme ça après on fait les pieds comme ça ! (...) Oui c'est celle-là, nous on dessine avec une craie, une craie noire avec le feu. Je crois le feu, charbon, on a une craie on dessine quelque chose. Je les ai élevés aussi comme ça, quand ils étaient petits on a joué à ça » (Mère d'Amir, âgé de 12 ans, originaire du Maroc).

La mère d'Amir expliquera quand même à l'enquêtrice qu'il existe des activités sportives plus organisées dans son village au Maroc mais que la situation socio-économique de ses parents ne lui a pas permis d'en profiter longtemps. En effet, dans son petit village, un homme proposait des activités sportives variées (collectives et individuelles). Elle a donc fait

deux mois de karaté par ce biais là mais n'a pas poursuivi car il fallait verser deux euros par mois pour en bénéficier. Une somme trop importante pour son père qui pouvait l'utiliser pour d'autres achats plus importants (huile, sel, paquet de viande...)¹.

¹ Propos rapportés de la mère d'Amir lors d'un moment d'échange non enregistré. L'enquêtrice l'avait croisé lors d'une séance d'activité physique proposée par le réseau ODE-RéPPOP, toutes deux avaient alors discuté dans les gradins pendant le cours d'Amir.

Au Cameroun : des activités sportives à l'école et des jeux de loisirs à la maison

Propos recueillis auprès de la mère de Jessica âgée de 7 ans, originaire du Cameroun. Arrivée en France depuis une dizaine d'année, elle raconte les activités physiques et de loisirs qu'elle a eu durant son enfance dans son pays d'origine en commençant par l'école.

« À l'école. À l'école oui. À l'école on avait dans le planning euh... le sport. Mais j'ai jamais pratiqué comme ici en France, comme il y a des activités, je n'ai jamais eu une activité sportive. À part le sport qu'on nous faisait faire à l'école. (...) C'était... on faisait de tout, on faisait de tout, aujourd'hui ça peut faire la course, on peut faire le foot, faire le hand, on faisait tout, on faisait les étirements, y avait vraiment un peu de tout. Y avait pas quelque chose un sport spécifique. C'était juste pour s'amuser, c'était plus s'amuser que autre chose » (Mère de Jessica).

En dehors du cadre scolaire, il n'y avait pas d'activités physiques encadrées, il s'agissait davantage de jeux sportifs et de loisirs entre enfants d'un même quartier/village réalisé avec un sentiment de liberté et de sécurité que la mère ne retrouve pas en France.

« On jouait souvent avec des copines on se tapait les mains comme ça, on jouait, on faisait des jeux avec euh... on pouvait jouer aux cartes, on pouvait jouer... je sais pas ce que... un, deux, trois, quatre soleil. Y avait ça je jouais à la corde, on jouait beaucoup à la corde, on sautait beaucoup, beaucoup à la corde et on faisait souvent, on attache une corde là-bas, une corde là-bas, après ça quelqu'un doit sauter sans toucher la corde. Et...on a mis un niveau, si tu as réussi, on augmente encore le niveau tu sautes et jusqu'on va voir la personne qui a sauté la plus grande euh... distance il gagne le jeu. Des choses comme ça, on jouait à la poupée aussi. On jouait aussi la maman qui... quand la maman joue la marchande, quand elle prépare on essaye de prendre les miettes. Après les filles nous aussi on va dans un petit coin disant qu'on fait à manger aussi. On simulait quoi, on fait le feu, cuire des trucs comme ça. (...) Non nous ici en Afrique on est trop libres ! On a des cours communes, c'est pas comme ici tout le monde est fermé. Non chez nous c'est vraiment différent, on a des cours communes, il y a toujours quelque chose à faire entre les enfants avec... courir comme ça... organiser un jeu comme ça ou poursuivre l'autre au cache-cache. Y a toujours quelque chose à faire. C'est pas comme ici que tout est calculé au millimètre près, tout est... non. À l'époque mais maintenant je ne pense pas que c'est toujours comme ça là-bas. C'est quand même comme ça mais pas comme à

l'époque, comme quand j'étais à l'époque. J'ai seulement quarante ans... C'est ça... » (Mère de Jessica).

Finalement, de nombreuses familles rencontrées estiment avoir eu des possibilités de pratiques sportives différentes dans leur pays d'origine soit du fait de leur sexe – les femmes étant parfois écartées des activités physiques¹ – soit du fait des modalités de pratique ou encore des conditions socio-économiques de leurs parents. Les activités de loisirs évoluent également dans le temps en France. Dans les années 70, les personnes de milieu populaire semblaient décrire des activités similaires :

« les parcs municipaux retiennent l'attention : on s'y retrouve assez fréquemment, semble-t-il, avec les enfants ou pour une simple détente, on loue leur accessibilité. On se déplace de maison en maison pour jouer aux cartes pendant le week-end et on adore le camping ! On mentionne en outre la chasse et la pêche, la moto- neige, le bricolage dans un cas. Les informatrices soulignent l'importance des sorties dans les parcs. Le bingo de quartier est également évoqué ; elles sont les seules à faire référence à leurs émissions de télévisions préférées » (Pronovost, 2008, p. 6).

Mais dans les années 90, les activités sportives sont davantage réalisées dans l'optique de rester en bonne santé et les activités culturelles, sédentaires prennent plus de place dans l'univers des loisirs (Pronovost, 2008). Ainsi, ce n'est peut-être pas qu'une question d'origine et de pays mais également un effet de génération.

D'autres parents insistent sur une enfance plus « active » que celle de leurs enfants du fait de conditions de vie différentes, mais aussi d'un accès facilité à des loisirs plus sédentaires qu'ils ont parfois du mal à contrôler.

« Oui je pense qu'à l'époque on était plus actif car il y avait pas des gadgets, des internet, tout ça. Maintenant non, ça prend beaucoup de temps. C'est ça qui

¹ La religion peut également être un frein à la pratique sportive pour les femmes dans certaines cultures. La question de la religion dans la pratique sportive fera l'objet d'une partie à part entière, Cf. 1.3 L'influence de la religion musulmane sur l'activité physique et l'alimentation.

l'intéresse pas des activités c'est dommage » (Mère d'Yusuf, âgé de 9 ans, originaire de Turquie).

« Je veux dire euh voilà participer, Yusuf il veut pas. Donc euh voilà alors des fois on un peu obligé de se prendre un peu la tête avec lui parce qu'il veut pas sortir. Alors on l'oblige hein. Parce que euh voilà tout le temps la maison la maison la maison, et les consoles et cetera c'est pas bon. Parce que c'est bien de rester à la maison, mais moi après je lui demande des fois de faire de la lecture, hein Yusuf ? (...) Ou des dessins ou peu importe pour qu'il voit autre chose. Parce que je veux dire c'est pas que ça, c'est pas ça la vie la console hein, la console ça peut que... (...) Oui parce que c'est tout ce qui est technologie, téléphone. Parce qu'en fait après il joue à la PS une fois que, bon je lui donne un certain temps hein, quand je lui demande d'éteindre, bon des fois c'est fait en temps et en heure, des fois pas du tout. Et une fois que c'est éteint alors euh je m'ennuie. Alors on fait quoi Berkay ? alors euh je prends le PC portable super ! et une fois que le PC portable c'est fini, maman je peux avoir ton mobile ? » (Mère d'Yusuf, âgé de 9 ans, originaire de Turquie).

Un père également originaire de Turquie tient le même discours :

« Activité... On jouait beaucoup au foot. Quand on sortait on était que en vélo nous. Parce qu'on n'avait pas téléphone (rires), c'était que des jeux, beaucoup de ballon ! ça veut dire que toute la journée on courait déjà. On n'avait pas... quand j'étais jeune j'étais inscrit dans un club, « Gré Star », non pas « Gré Star » euh « Vaubo ». On faisait un peu de foot mais sinon non. Mais c'était une autre génération ! (...) Les enfants il y en avait cinq, six, alors fallait s'occuper. J'ai toujours grandi dans un quartier ici quoi » (Père de Sélim, âgé de 12 ans, originaire de Turquie).

Une étude du COSI permet de constater qu'en Turquie, 71,7% des enfants âgés de 6 à 9 ans, ont un style de vie actif pendant au moins une heure par jour, légèrement en-dessous de la moyenne européenne (79,4%). De plus, 60,2% d'entre eux se rendent à l'école à pied ou en vélo, et se trouvent donc au-dessus de la moyenne (50%) de l'ensemble des pays européens inclus dans l'étude. En France, 39,9% des enfants âgés de 6-9 ans se déplacent de manière active pour aller à l'école. Par contre, 83,1% des enfants turcs déclarent ne pas faire de sport en club, tandis que ce taux est de 31,8% pour les français. Indépendamment de la génération et de l'arrivée de la technologie, les enfants français se rendent plus fréquemment

en cours par des moyens sédentaires qu'en Turquie où le vélo est privilégié et les modalités et habitudes de pratique semblent bien varier en fonction du pays (Whiting et al., 2021).

Une mère originaire de France soutient le même raisonnement concernant le développement de la technologie :

« Oui quand j'étais petite, enfin nous étions beaucoup dehors. C'est plus comme maintenant avec les téléphones, les tablettes. Non, on faisait beaucoup de vélo, rollers, des trucs comme ça. On restait pas enfermés dans la maison ! » (Mère de Julie, âgée de 10 ans).

Indépendamment de l'origine et du sexe, les parents estiment avoir eu une activité physique plus importante au cours de leur enfance du fait notamment de l'absence des nouvelles technologies. L'informatique, les jeux vidéo et la télévision sont considérés comme des passe-temps chronophages par les parents qui sont souvent très critiques par rapport à leur utilisation (Octobre, 2004). En CM2, les deux premiers passe-temps préférés sont la télévision et les jeux vidéo devant le sport individuel et être avec les copains (Octobre, 2004). Il est vrai que plusieurs études vont dans ce sens et montrent un mode de vie de plus en plus sédentaire et plus particulièrement chez les enfants et adolescents. Le temps d'écran a considérablement augmenté ces dernières années¹. Il est également important de noter que le temps passé devant la télévision est plus important parmi les enfants de classes sociales inférieures (Octobre et al., 2010).

Au-delà du développement des nouvelles technologies et de la situation familiale et économique, il s'agira maintenant d'étudier l'impact de la religion sur le style de vie physique et alimentaire des enfants et de leurs parents.

¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280984>.

1.3 L'influence de la religion musulmane sur l'activité physique et l'alimentation

Parmi les familles rencontrées, plusieurs sont de confession musulmane. Des questions ont été posées afin de déterminer l'impact de la religion sur les pratiques sportives et alimentaires des enfants et de leurs parents. Dans cette partie, nous allons principalement nous appuyer sur les données récoltées auprès de deux familles qui accordent une place importante à la religion dans leur quotidien. Elles ont toutes deux abordé ce sujet avant même que l'enquêtrice ne leur pose des questions ce qui a permis de recueillir des données assez conséquentes pour pouvoir être analysées. L'analyse et l'étude de ces cas sera approfondie pour permettre une mise en évidence des particularités liées à la religion.

1.3.1 Une alimentation traditionnelle basée sur les indications de la religion

La première famille – celle de Sélim – permet d'interroger leurs pratiques alimentaires en lien avec la religion musulmane. Ainsi, la manière de cuisiner, les quantités, les types de plats confectionnés et l'implication dans les ateliers de cuisine du dispositif PRECCOSS semblent être largement influencés par leur culture d'origine et leur religion. En revanche, peu d'éléments ressortent au sujet de l'activité physique. Les parents expliquent qu'il n'y a pas d'interdits particuliers et qu'ils ne restreignent pas le choix d'un sport par rapport à leur religion :

« Non dans la religion il y a aucun sport physique qui est interdit. La natation c'est t'as le droit, t'as le droit de... (Mère parle en turc) » (Mère de Sélim). « Elle dit faire du cheval, l'équitation, tir-à-l'arc, nager, c'est-à-dire il reconnaît des préférences en premier » (Père de Sélim, âgé de 14 ans).

Il est important de préciser que la famille originaire de Turquie vit dans le quartier du Neuhof à Strasbourg depuis de nombreuses années :

« Non mes parents comme ils venaient du village... Moi je suis né ici, ils sont venus en 77 mais ma mère avec cinq enfants, six enfants et moi et une petite sœur on est nés ici quoi. Moi en 79 et ma sœur 83 » (Père de Sélim, âgé de 14 ans).

Une alimentation dans le respect de la religion : le cas de Sélim et sa famille

Propos recueillis auprès de Sélim (âgé de 14 ans), son père, sa mère et sa grande sœur pendant le mois de Noé. Pendant cette période, chaque foyer à tour de rôle prépare une « soupe » composée de plusieurs ingrédients salés où l'on rajoute du sucre, et reçoit les voisins pour partager le plat. Le jour de l'entretien, cette tradition musulmane avait eu lieu chez Sélim et la mère a tenu à faire découvrir cette spécialité à l'enquêtrice.

« Comme on est dans le mois de Noé, Noé l'arche de Noé. Je ne sais pas si vous êtes croyante, chez nous euh comme on est musulmans nous aussi on croit à Noé, c'est le prophète aussi vous voyez. Et comme ils avaient plus rien à manger, il restait de chaque euh... un blé, un maïs, de chaque truc il restait... un aliment, en une fois, un peu. Alors ils ont mélangé tout ça, au lieu de mettre du sel, ils ont mis du sucre. Et dans le mois là, ça veut dire nous on fait, on achète euh sept, huit éléments ou neuf éléments, même treize et après on fait comme un genre de soupe mais c'est un peu sucré. Mais il y a du blé, il y du maïs... (...) Haricot sec, abricot, abricot sec... (...) Raisin aussi il y en a, si vous voulez goûter ? (...) Alors comme on est dans le mois de chez nous c'est Muhammad. Alors c'est pour ça elle invite tout le monde. Une fois c'est l'une, une fois c'est l'autre. Ils ont une sorte de coutume (rires). Et aujourd'hui c'est elle qui l'avait fait »
(Père de Sélim).

« J'ai fait un litre de casserole, encore huit litres de casseroles ahahah, dix litres c'est fini parce que c'est... Vous pouvez goûter, et si vous aimez le cannelle on peut mettre le cannelle pour vous aussi. Si vous aimez !? (...) Et puis du orange aussi un peu. C'est comme en hiver un peu en fait. On peut le manger aussi en hiver. Vous voyez le truc de Noël, ça ressemble aussi un peu à ça, il y a de la citronnelle, du citron » (Mère de Sélim).

« Clou de girofles ! Elle le met et après elle le ressort. (...) Chacun fait autrement, c'est-à-dire par rapport à sa recette qu'il a » (Père de Sélim).

De manière générale, les membres de la famille répondent unanimement manger deux repas par jour *« parce que on se lève tard quand mon père il est à la maison (rires) »* (Sélim). Le père de Sélim précise qu'ils mangent *« vers midi et après le soir vers six heures, sept heures »* (Père de Sélim). L'enquêtrice a également demandé quelle alimentation ils consommaient et là aussi ils répondront *« la cuisine de chez nous »*.

Sélim et ses parents ne suivent donc pas les recommandations véhiculées en matière de rythme alimentaire, à savoir manger trois repas par jour (matin, midi et soir). Le père expliquera aussi ne pas être intéressé par les propositions de la diététicienne du dispositif PRECCOSS.

« Mais sinon, les ateliers cuisine ou les autres on n'a jamais fait. Même moi je ne suis jamais allé. (...) J'avais pas le temps et ça m'intéressait pas beaucoup (rires). Vraiment pas (rires) (...) Et ma femme comme il y a ma mère, il y a les petits enfants qui viennent de l'école, alors elle n'a pas trop le temps à ce truc-là » (Père de Sélim).

La religion occupe une place importante dans la vie de cette famille, avec notamment des célébrations toutes les semaines et des pratiques religieuses ponctuelles comme le ramadan. Tous les membres de la famille suivent le jeûne du ramadan avec une indulgence pour les plus jeunes.

« Oui le vendredi comme aujourd'hui on va aller à la prière, ça on peut aller comme on a la prière du vendredi. Et sinon le ramadan » (Sélim).

« Pour les garçons c'est onze, pour les filles c'est neuf. Mais s'ils arrivent quoi. C'est... normalement c'est comme ça. Les filles sont plus mûres que les garçons à ce qu'il paraît (rires). (...) Mais ma petite fille elle a déjà essayé ! C'est-à-dire comme un week-end, quand on se lève ils pleurent les enfants. Ils savent pas c'est quoi, alors ils se lèvent quand même manger un petit truc. Ils essayent mais après ils savent pas alors mange un petit truc comme toi tu es encore petit. Surtout comme il fait chaud, très chaud, c'est en été, ça commence l'été là. Donc c'est difficile les jours ils sont très longs quoi » (Père de Sélim).

Plusieurs remarques peuvent être faites à propos du discours de Sélim et de ses parents au sujet de leur pratique religieuse et alimentaire. Dans le cas de cette famille, les traditions religieuses sont respectées et ont principalement un impact sur l'alimentation. Bien que résidant en France depuis des années, ils ont conservé leur culture alimentaire d'origine. Une étude réalisée auprès d'enfants scolarisés en classe ZEP de CM2 et 6^{ème} au sein d'un établissement scolaire situé dans un quartier en gentrification a permis de montrer que les enfants descendants d'immigrés optent soit pour les « plats totems » (plats traditionnels de la culture d'origine), soit pour le « plat national steak-frites » (plat privilégié dans les classes

populaires) (Tichit, 2012). Sélim semble privilégier les « plats totems ». Le fait de manger à la cantine peut permettre de faire découvrir une autre alimentation aux enfants (Ginioux et al., 2006). Néanmoins, Sélim et sa fratrie rentrent manger à la maison à midi tous les jours de la semaine depuis l'école primaire jusqu'au lycée renforçant l'acculturation à l'alimentation familiale. Ce choix d'éviter la cantine est souvent attribué à des raisons économiques ou organisationnelles notamment dans les quartiers populaires. Pourtant, la religion peut également expliquer cette absence d'enfants de confession musulmane dans les cantines principalement du lundi au jeudi où les menus comprennent de la viande et où l'on observe une baisse de fréquentation dans les quartiers populaires (Zoïa & Visier, 2017). Cet élément n'a pas été évoqué par Sélim et son entourage comme explication de sa non-présence à la cantine car d'après Zoïa & Visier, la religion est un « non-dit » mais est bien un « distributeur identitaire » entraînant les enfants à se surveiller lors des repas collectifs et observer ce que chacun mange ou non. La « pression » du quartier conduit les mères de confession musulmane à retirer leurs enfants de la cantine du lundi au jeudi en gardant la possibilité de les y inscrire les vendredis (jour de poisson).

Ainsi, le facteur socio-économique souvent avancé comme explication à l'absence des enfants de quartiers populaires dans les cantines scolaires n'est pas le seul en cause. La religion peut également interférer sur ce choix. Le rapport religieux et culturel à l'alimentation de Sélim et sa famille les conduit à ne pas participer aux ateliers culinaires du dispositif PRECCOSS et à ne pas l'inscrire à la cantine. Ces « dispositifs » semblent trop éloignés de leur représentation de l'alimentation et ils ne se sentent pas toujours compris par les professionnels de santé¹.

¹ Ce point sera développé dans la partie 2.1 de ce chapitre.

1.3.2 Religion et activité physique : entre pression du quartier et émancipation des femmes

La seconde famille – celle d'Amir – permet d'interroger leurs pratiques sportives en lien avec la religion musulmane. Les parents d'Amir originaires du Maroc sont arrivés en France tout de suite après leur mariage.

« Au Maroc, oui j'étais au Maroc, je suis née au Maroc, j'ai grandi au Maroc, après je me suis mariée à seize ans et demi. J'étais très jeune et après c'est ça quand c'est un peu de la famille » (Mère d'Amir, âgé de 12 ans).

Religion et activités physiques sont compatibles : quand une mère se bat pour faire évoluer les regards

Propos recueillis auprès de la mère d'Amir âgé de 12 ans et originaire du Maroc. La famille est musulmane pratiquante, la mère porte le voile à l'extérieur (ne le portait pas pendant l'entretien qui a eu lieu chez elle). Pour elle, il est important de faire du sport et d'encourager ses enfants à « bouger » quotidiennement.

« Après je veux que les enfants ils soient... ils soient actifs en fait. Soit active à faire du sport des choses comme ça. Après je fais mon devoir quand ils sont adultes j'ai fait mon... qu'est-ce que je dois faire pour... non je veux pas de pourquoi je les ai pas inscrits à la piscine, la dernière fois ils voulaient faire de la boxe pourquoi je l'ai pas inscrit à la boxe, comme ça je regrette pas. Je dis pas pourquoi j'ai pas fait ça. Comme ça je fais ça au moins je fais et c'est pas qu'est-ce qui veulent ils le fait, c'est qu'est-ce qui est bien pour eux. C'est pas qu'est-ce qu'il veut et après il fait ce qu'il veut, bah non » (Mère d'Amir).

Au sujet de la natation, elle tient à ce que tous ses enfants sachent nager y compris sa fille. Cela semble d'autant plus important pour elle qui ne peut pas les accompagner à la piscine du fait de sa religion. Chacun de ses enfants sont inscrits pendant au moins deux ans dans un club de natation afin qu'ils soient autonomes.

« Il fait de la piscine. Samedi, samedi par exemple je le ramène, je le dépose, après ils font autant qui veulent. Parce que vu qu'ils ont déjà fait de la natation, ils savent déjà nager, je... quand ils vont à partir de dix ans ils peuvent rentrer seuls. Parce que moi je ne peux pas rentrer avec eux. Maintenant à dix ans ils ont le droit de rentrer s'ils savent nager. Après les samedis ou mercredis après-midi quelque chose comme ça ils font plus la natation » (Mère d'Amir).

Depuis la rentrée des vacances de la Toussaint 2019, elle participe à un cours de fitness les mercredis soirs de 19h à 20h au centre socio-culturel des Coteaux à Mulhouse. C'est un cours réservé aux femmes où le port du voile est autorisé. Le mercredi étant une journée chargée ce cours de fitness lui apporte beaucoup de bénéfices en lui permettant de lâcher prise et de se défouler.

La mère d'Amir tient particulièrement à participer aux activités physiques et sportives avec ses enfants. Elle explique son ressenti par rapport aux regards des gens lorsqu'elle joue à

l'extérieur avec eux ou bien lorsqu'elle fait du vélo. Elle se bat pour faire changer les opinions sur les femmes musulmanes, le voile et le sport.

« Là aussi on a joué. Là on joue ensemble au parc, j'ai couru ! Les gens... parce que je porte le foulard à la base, même si je porte le foulard je suis active c'est pas pour dire on est voilée, on peut pas faire des choses. Donc je joue, je fais pleins de choses et c'est l'inverse c'est ça on respecte. Parce que vous voyez quand ils voient des gens avec le voile c'est un peu... ils savent, ils croient que c'est des gens qui ont pas étudiés, ils savent pas jouer. Tu sais c'est la plupart ils te regardent comme ça ! Qui savent pas nager, qui savent pas rouler le vélo, qui savent pas conduire et c'est des gens qui sont enfermés, qui respectent pas, qui... ça n'a rien à voir ! Ils ont mal compris ! Mais c'est quand on parle avec les gens là franchement c'est là qu'ils respectent vraiment vraiment la religion et c'est des gens vraiment supers ! Mais ceux qui respectent pas ils sont ni comme ça, c'est normal qu'ils font des choses comme ça. C'est dommage, faut parler avec les gens, regarder comment après les gens ils savent pas. Voilà je joue au parc, après y a des gens qui me regardent bizarrement, ils se disent qu'est-ce qu'elle a celle-là. Mais moi le sport des choses comme ça avec moi ils font. Même si je suis voilée, même si je sors, je fais du sport. Parce que c'est pas quand on est voilée qu'on peut pas faire du sport, des choses. Bah non, si on est comme ça quand ils sont petits, ils sont comme ça. Après pleins, pleins de jours j'ai vu quand ils étaient petits, des choses aussi. Quand je chante avec les enfants pour les bébés, il y en a aussi maintenant mais y a juste le rythme qui change ou le même rythme » (Mère d'Amir).

La mère d'Amir aime échanger avec les gens pour tenter de faire évoluer le regard de son entourage sur sa religion et le port du voile. Elle semble également en marge d'autres femmes musulmanes et est encouragée par son père.

« Quand il voit que nous on fait du vélo, il est content de nous. Il dit je suis fier de vous parce que d'habitude y a des gens, y a des belles-mères, des belles-sœurs et des belles-filles qui fait pas le vélo. Ils ont honte des choses comme ça. Il dit je suis fier de vous, vous faites du vélo ensemble et tout, il a dit c'est bien. Parce que lui déjà c'est un sportif le grand-père » (Mère d'Amir).

Pour la mère d'Amir, l'activité physique et sportive est indispensable pour la santé mais elle est également un moyen de lutter contre les préjugés à l'encontre des femmes voilées. Dans les représentations, le voile est souvent associé à une privation de liberté des femmes musulmanes. Mais dans les quartiers populaires, si une femme arabo-musulmane ne porte pas le voile elle est également stigmatisée et subit des pressions. Dans ce contexte, la mère d'Amir veut montrer que port du voile et pratique sportive ne sont pas incompatibles et est fière d'en parler. Dans les quartiers populaires aujourd'hui, il n'est pas rare d'entendre les jeunes et les adultes affirmer « être musulmans » en réponse à la stigmatisation qu'ils subissent, comme une revanche (Bordet, 2016). Ainsi, la mère d'Amir tient également à pouvoir garder le voile lors d'activités physiques et sportives encadrées « *pour être en accord avec ma religion* ». Au premier abord, la pratique sportive dans laquelle elle s'engage lui procure une certaine autonomie et pourrait être considérée comme « *des données nouvelles totalement incompatibles avec les contenus que revêt la culture traditionnelle dans les sociétés maghrébines* » (Khmailia, et al., 2011). Mais en approfondissant l'analyse, la mère d'Amir semble tout de même respecter certaines normes liées à sa pratique religieuse (port du voile, sport réalisé exclusivement entre femmes, ne va pas à la piscine) (Aldeeb, 2004 ; Khmailia et al., 2011). Elle transmet à son fils l'importance de faire du sport, de « bouger » pour sa santé tout en conservant le respect de leur religion. Elle souhaite ainsi faire comprendre à ses enfants – et aux personnes extérieures – que leur religion leur permet de faire de l'activité physique pour leur santé et leur bien-être sous certaines conditions. L'observance religieuse est souvent décrite comme un frein à la pratique sportive. Mais, les adolescents, grâce à des « bricolages identitaires » (Dubar, 2010) parviennent à combiner les deux et dès lors la religion devient un « sésame » leur permettant de faire du sport (Parmentier, 2015). En autorisant des stratégies de contournement des valeurs familiales, la religion peut ainsi permettre certains arrangements. Le fait que la mère d'Amir porte le voile – y compris pour la pratique sportive – pourrait être son choix (ce qui semble le cas d'après son discours), une manière de revendiquer son identité. Certaines femmes considèrent la religion comme leur identité justifiant le fait qu'elles portent le voile (Jovelin, 2009).

L'analyse de ces deux familles de confession musulmane met en évidence l'importance de la religion et l'attachement de ces dernières à leur culture d'origine. Ces deux études de cas montrent que le rapport à l'alimentation et à l'activité physique de Sélim et Amir ainsi que leur entourage dépend en partie de leur religion¹. Mais ce sont moins les caractéristiques individuelles liées au passé migratoire qui expliquent la religiosité que les contextes dans lesquels les enfants et adolescents ont grandi. En effet, il semble y avoir un effet de quartier les conduisant vers ces pratiques. Le fait de vivre dans un quartier populaire a pu conduire ces familles à être stigmatisées, renforçant leur attachement à la religion comme une identité qu'ils revendiquent et dont ils sont fiers.

1.4 La précarité du statut administratif : un frein à la pratique physique des parents et des enfants

Les enfants et parents les plus éloignés d'une pratique sportive régulière sont également ceux arrivés en France les plus récemment. Parmi les familles rencontrées plusieurs ont expliqué ne pas avoir encore de papiers leur permettant de circuler librement. Elles se concentrent sur leur quotidien car elles ont un statut très précaire parfois depuis plusieurs années les empêchant de se projeter vers l'avenir. L'activité physique ne semble alors pas être une priorité. La Suisse, par l'évaluation de ses programmes de prise en charge de l'obésité infantile a également constaté une part importante de familles très précaires et immigrées parmi les bénéficiaires (L'Allemand et al., 2014).

Trois familles arméniennes, sans papiers, ont ainsi évoqué leurs difficultés administratives et leur précarité ne leur permettant pas de s'investir dans une pratique sportive régulière. Dans le cas de la famille d'Azat, arrivée en France en 2015², le père est en recherche d'emploi afin de pouvoir changer de statut. En attendant, ils doivent renouveler les papiers tous les six mois afin de pouvoir rester en France. Dernièrement, il a réussi à travailler

¹ La généralisation de ces résultats n'est pas possible.

²Au moment de l'entretien, la famille est en France depuis 4 ans.

pendant quatre mois en Intérim après avoir fait une dizaine de demandes. Il est agacé car c'est à chaque fois le même processus : il candidate, doit être contacté dans les quinze jours mais finalement personne ne rappelle. Ainsi, il n'a pas le temps pour pratiquer du sport.

Il en est de même pour la mère de Siméon et Zévan :

« Non, rien d'autre. Parce que quatre enfants, je ménageais, je... parce que j'habite à Coteaux, à collège c'est rue ... c'est long, c'est dix minutes, quinze minutes aller là-bas, après je prépare le manger, après prendre les enfants. Pour moi c'est très difficile, j'ai un rendez-vous c'est ça. Parce que papa comprend rien du tout, moi un petit peu, c'est cours de français, oui. C'est mardi, jeudi, vendredi j'ai les cours de français » (Mère de Siméon et Zévan, âgés respectivement de 7 et 13 ans, originaires d'Arménie).

La priorité pour le moment est d'apprendre à parler français afin de faciliter les démarches et leur vie en France. Si la mère suit des cours, ce n'est pas le cas du père qui ne peut se rendre seul à un rendez-vous. La famille est en France depuis sept ans et ils ne sont pas rentrés en Arménie depuis leur arrivée en France *« parce que pas papiers encore »* (Mère de Siméon et Zévan).

« Euh sept années, 2012, 2011. (...) C'est Siméon et les deux sœurs sont nés en France, Zévan non, c'est en Arménie. Zévan bien parler, bien comprendre, Siméon non, très difficile c'est école aussi. Oui. Avant Zévan aussi, non maintenant très bien » (Mère de Siméon et Zévan, âgés respectivement de 7 et 13 ans, originaires d'Arménie).

Trop de rendez-vous administratifs : difficile de tenir une pratique sportive régulière

Propos recueillis auprès d'Aïda – âgée de 11 ans – et de sa mère originaire d'Arménie. Le père est également en France mais travaille à Paris car il y trouve plus facilement du travail. Aïda participe au dispositif PRECCOSS et sa mère au dispositif SSSO. Cette dernière explique ne plus réussir à se rendre aux séances du dispositif.

« Moi non j'ai beaucoup de rendez-vous. Pour l'instant non, y a pas de papier. (...) Hum moi j'aime mais maintenant j'ai trop trop trop rendez-vous pour papiers, pour tous. Je fatiguais, je prenais rendez-vous pour dire que quelques séances je vais pas aller. Je peux un peu reposer. Faire vélo pour l'instant » (Mère d'Aïda).

La mère et la fille sont intéressées par plusieurs activités mais Aïda aussi a un programme chargé et peu de temps pour le dispositif PRECCOSS.

« Il y a beaucoup d'activités là-bas mais Aïda aussi trop pressée parce que euh les mathématiques et tout ça elle a un peu baissé. Mais maintenant ça va. Elle fait beaucoup de rendez-vous chez orthophoniste, euh chez... » (Mère d'Aïda)

« Du coup j'ai pas le temps de partir » (Aïda).

« Oui c'est pour ça mais il y a beaucoup d'activités que euh elle reçoit par texto. (...) Il y a cuisine, il y a euh... » (Mère d'Aïda)

« Accrobranche ! » (Aïda)

« Accrobranche mais je peux pas parce que y a pas de temps. (...) Elle est vendredi, vient un madame euh une madame excusez-moi. (...) Euh elle vient faire devoirs avec M., avec des jeux de logiques. (...) Le mardi on est tous les mardis on est parti chez l'orthophoniste. Deux fois elle est restée euh au collège aide aux devoirs. (...) C'est pour ça, pressée pressée ».

Dans le cas de cette famille, l'investissement dans les dispositifs PRECCOSS et SSSO d'Aïda et de sa mère est faible. Aïda est également suivie par une orthophoniste et participe au dispositif d'aide aux devoirs proposé par son collègue plusieurs fois par semaine. La mère a temporairement arrêté les cours de vélo dont elle bénéficiait par le biais du SSSO. Quant à la fille, elle est inscrite aux ateliers d'activité physique de PRECCOSS les samedis matins dans son quartier. Lors des observations de l'enquêtrice, elle était bien présente.

Les difficultés de ces familles sont ressenties et évoquées par l'un des professionnels du dispositif PRECCOSS.

Familles précaires : le poids des enfants n'est pas une priorité selon Grégoire

Propos recueillis auprès de Grégoire, éducateur médico-sportif au sein du dispositif PRECCOSS. Il évoque plusieurs situations illustrant les freins à la pratique sportive des enfants et liés essentiellement au statut de précarité des parents.

« Souvent, à part le problème de poids, d'autres problématiques sont présentes. Cela peut être des problèmes de logement (pas de domicile, ou vivent à plusieurs dans un même logement). Cela peut aussi être des barrières de langage ».

Grégoire explique que souvent ses collègues demandent tout de suite un interprète alors que selon lui il n'y en a pas forcément besoin. *« On trouve toujours un moyen de communiquer. Avec l'Aïkido, on apprend à enseigner avec le corps, interdiction de parler. En France, on est beaucoup plus dans le théorique alors que parfois il suffirait de montrer les choses ».*

Enfin, *« les problématiques de la vie quotidienne rencontrées par les familles empêchent parfois de travailler sur la question du poids de l'enfant. Les personnes sont dans une autre sphère. Par exemple, si je souhaite rappeler un rendez-vous par sms et que la personne ne vient pas, lors de la prochaine rencontre ou de l'appel, elle va expliquer qu'elle avait perdu le téléphone, ou bien perdu le numéro, qu'elle ne savait plus comment le joindre. Certains ont du mal dans tous les domaines alors la perte de poids de la fille ou du fils n'est pas une priorité ».*

Une des difficultés peut être de trouver le gymnase où ont lieu les ateliers d'activité physique collectifs. Par exemple, il lui est arrivé d'expliquer à une famille comment se rendre au gymnase, lui montrer sur Google maps, imprimer un plan et faire le tracé du trajet de leur logement au gymnase. Malgré ces efforts, la famille n'a pas trouvé le lieu et ne s'est pas rendue à l'activité physique.

Ainsi, pour Grégoire *« il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs. Par exemple, il est inutile de parler de tri sélectif en Afrique noire, il y a d'autres priorités ».* De plus, *« Beaucoup ne viennent pas aux rendez-vous ».* Selon lui, les familles viennent à un rendez-vous sur cinq et *« souvent ils viennent parce que l'assistante sociale leur a dit que s'ils n'allaient pas au rendez-vous ils pourraient perdre la garde de leur enfant ».*

Lutz distingue deux types de professionnels : ceux qui sont dans une pratique d'économie morale néolibérale et ceux qui sont dans une pratique d'économie morale humanitaire. Les premiers « tendent à individualiser la problématique de l'obésité de l'enfant et à responsabiliser les individus (enfants et parents) », tandis que les seconds soulignent « l'importance du contexte de vie de l'enfant dans la détermination de l'obésité » (Lutz, 2017). Grégoire a conscience que le contexte de vie de l'enfant et de son entourage est un élément important à prendre en compte dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles et semble se situer dans une pratique d'économie morale humanitaire. Ainsi, il serait nécessaire de mettre en place des actions qui permettent une intégration des enfants et de leurs parents dans un objectif de stabilisation du poids avant de chercher à agir sur les comportements individuels.

Les conditions de vie particulièrement difficiles et la précarité de ces familles semblent être un frein à la pratique d'une activité physique régulière. Leur démarche s'oriente davantage dans une recherche d'intégration que dans une optique de perte de poids. Certains professionnels de santé se situent dans une prise en charge pour raison humanitaire et mettent en place des actions spécifiques pour favoriser leur intégration. Mais la plupart restent sur une démarche d'économie morale néolibérale où l'obésité doit être combattue par l'individu, le rendant responsable de sa situation (Lutz, 2017 ; Lutz, 2018a).

2. Contradictions des discours entre professionnels et familles : la culpabilisation des mères

Les programmes de lutte contre le surpoids et l'obésité infantile ne tiennent pas compte des histoires singulières des personnes prises en charge. Ainsi, les parents issus de l'immigration doivent souvent s'adapter et composer entre leurs pratiques alimentaires et physiques d'origine et les recommandations faites par les politiques publiques de santé. Cet écart entre le modèle familial et le modèle véhiculé par les politiques de santé publique est susceptible de produire un sentiment de culpabilité chez certaines mères immigrées des classes populaires. Les recommandations en matière de lutte contre le surpoids ou l'obésité infantiles proposées par les professionnels de santé se confrontent aux représentations des familles populaires, notamment au rôle traditionnel de « bonne mère » (Grassler et al., 2019a). D'après Martín-Criado, dans les quartiers populaires les mères sont confrontées à deux modèles de « bonne mère », celui légitimé par « les classes dominantes où le soin corporel pour éviter de grossir est légitime » et celui des classes populaires « où l'on pose des limites strictes au soin corporel légitime de la mère » la mère « se sacrifiant » pour le bien-être de ses enfants et de sa famille (Martín-Criado, 2015). C'est l'opposition entre ces deux modèles qui peut entraîner un sentiment de culpabilité chez les mères de familles populaires et une ambiguïté dans le rapport au corps, à la santé et au poids.

2.1 Le regard des professionnels sur les familles : entre compréhension et jugement

Dans le chapitre précédent, l'analyse du regard des enfants et parents sur le dispositif a permis de mettre en avant un sentiment de culpabilité chez les mères de famille par rapport au problème de poids de leur fille et/ou fils. Cette partie permet d'aller plus loin dans le raisonnement en mettant en lien le discours des professionnels de santé avec celui des familles et en fonction de leur parcours migratoire.

Concernant les discours des professionnels de santé sur l'alimentation, ils sont très divers et tous ne sont pas d'accord sur la démarche à suivre pour accompagner les familles. Certains professionnels semblent laisser penser que les parents sont seuls responsables des

problèmes alimentaires et de la prise de poids des enfants. Quand d'autres évoquent les difficultés des familles pour intégrer des recommandations peu adaptées.

Magali, une diététicienne associant la prise de poids avec une mauvaise alimentation due au parcours migratoire et à la situation socio-économique des parents

Propos recueillis auprès de Magali, diététicienne au sein du dispositif PRECCOSS. Elle commencera par expliquer les raisons qui conduisent les mères à être davantage en charge de l'alimentation de la famille. Magali a pour objectif de faire venir le père à au moins un entretien au cours de la prise en charge de l'enfant afin qu'il entende ses recommandations mais cela ne porte pas ses fruits.

D'après elle, « *généralement, maman fait des efforts mais papa pas du tout !* » Les remarques principales qu'elle a pu faire sur les pères sont les suivantes :

« Le père s'en fout complètement.

Le père cède facilement face aux pleurs de l'enfant, souvent il rentre du travail, il est fatigué et n'a pas la force d'affronter l'enfant.

Le père explique que oui mais y a le reste de la fratrie, qu'eux n'ont pas de problèmes de poids donc ce n'est pas possible de faire des repas différents pour chacun.

Le père explique que lui-même prend des sodas, des plats industriels... donc pourquoi son enfant devrait s'en priver ? ».

Suite à ce constat, Magali évoque clairement la part de responsabilité de chacun et notamment des mères. D'après elle, cela met en exergue le problème éducationnel des parents y compris pour la question des écrans et le fait qu'un enfant passe sa journée devant.

« La responsabilité n'est pas uniquement celle de l'enfant. Par exemple, si maman ne cuisine pas de légumes, l'enfant ne peut pas en manger... »

En fonction de la situation des parents, elle observe alors des comportements différents. « *Si maman et papa sont maghrébins, souvent si l'enfant a faim la mère va finir par l'autoriser à manger et donc à grignoter pour qu'il se taise. Les mères ont souvent eu cinq enfants en à peine sept ans et elles sont épuisées* ».

Magali propose également aux enfants d'essayer de davantage participer à la préparation des repas. Mais, elle se retrouve alors confrontée à certains problèmes.

« L'enfant va en mettre partout, c'est sale pas possible de l'impliquer dans la préparation des repas ; la cuisine c'est pour les femmes ! Le père musulman dit que ça féminiserait trop son garçon donc il est interdit pour lui de cuisiner. (...) En Afrique, l'enfant qui est maigre est considéré comme malade, pas bien, tandis que celui qui est gros est en bonne santé et bien.

L'alimentation est gérée par la grande famille, tout le monde s'en mêle : la tante, la grand-mère, l'oncle... Et si l'enfant va manger chez eux pour le goûter ses membres de la famille vont en profiter pour bien le faire manger, en grande quantité. Donc il faudrait faire un travail avec tous ces membres pour arriver à quelque chose ».

Elle illustre ses propos en prenant l'exemple de l'une des bénéficiaires qu'elle suit dans le dispositif PRECCOSS. Magali n'a jamais reçu de grands-parents en consultation. Par contre elle a déjà fait une lettre pour une grand-mère, « *car la maman se bat contre le monde entier, contre tout son entourage (famille, père, enfant concerné). L'enfant va manger le midi chez la grand-mère qui ne comprend pas le problème et continue de le nourrir généreusement alors que la mère essaye de mieux cadrer les repas ».*

La question de l'origine et de la culture revient constamment dans le discours de Magali pour qui c'est vraiment en lien avec l'alimentation de l'ensemble de la famille. D'après elle, les problèmes de poids sont fortement liés à la culture. « *Les familles immigrées sont délogées de chez eux. Quand ils arrivent en France, on remarque qu'il y a une tendance au diabète, leur communauté de vie est restreinte, ils n'ont plus de jardin (avant habitaient dans des villages, dans des maisons avec des grands espaces), un accès beaucoup plus facile au coca-cola et autres produits industriels. Finalement c'est un véritable problème de santé publique. (...) Certaines mères sont complètement perdues, elles ne voient pas le gros ventre de l'enfant ni le leur. Pour elles, il n'y a pas de problème de poids ».*

Elle évoque une autre explication qui selon elle peut avoir un impact sur la situation corporelle des enfants. Une fois encore, ce serait le comportement des mères – lié à un « traumatisme » qui serait responsable du surpoids ou de l'obésité des filles et/ou fils. « *Parfois aussi, ce sont des bébés qui dans les premiers mois de leur vie ne grossissait pas assez, ils étaient en-dessous des normes et par conséquent on demandait aux mamans de davantage les nourrir. Et puis d'un coup ils basculent de l'autre côté de la norme et les mères ne comprennent pas pourquoi maintenant il faut moins nourrir l'enfant ».*

Elle ajoute que « *les enfants, les adolescents comme les adultes minimisent toujours les apports. Mais quand j'ai en face de moi un enfant de 7 ans qui fait le double de son poids, je me dis qu'il y a quand même un problème. Souvent, les personnes se réfugient derrière la*

phrase « oui mais c'est génétique » d'autant plus qu'il y a souvent plusieurs membres de la famille concernés par un problème de poids. Ce n'est pourtant pas une fatalité ».

Magali n'est pas la seule à mettre en avant la responsabilité des parents et notamment des mères dans la prise de poids de leur enfant surtout du fait d'une alimentation non contrôlée.

« Je vais déterminer dans quelle case l'enfant se trouve : glouton ou grignoteur. Pour le grignotage, les parents ont un rôle très important à jouer. S'ils arrêtent d'acheter des gâteaux les enfants n'en mangeront plus. La réaction des parents est alors souvent la suivante : je ne veux pas le priver, il y a d'autres frères et sœurs, le papa travaille dans le bâtiment et il a besoin de biscuits » (Camille, diététicienne dispositif PRECCOSS).

En s'appuyant sur le discours de Magali, il est remarquable que la mère semble jouer un rôle prépondérant dans l'alimentation des enfants. Selon elle, le parcours migratoire est une des principales explications de l'obésité infantile, faisant peser la responsabilité sur les mères de famille. Au cours de l'entretien, elle donne des exemples de remarques qu'elle obtient de mères d'origine étrangère. Elle entend souvent des réflexions du type « *Nous on ne cuisine pas comme vous* » ou « *Est-ce que si je mange du riz toute la journée c'est grave docteur ?* ». Elle essaye également de leur faire comprendre que « *pour les plats traditionnels elles ne sont pas obligées de mettre trois tonnes d'huile au fond de la casserole. Surtout que finalement c'est plutôt des plats équilibrés mais avec trop de gras* ». Ensuite, « *cuisiner des légumes locaux c'est difficile. Elles ne connaissent pas les produits et ne savent pas comment les préparer* ». Pourtant, toujours d'après Magali, cela coûte moins cher. Ainsi, selon elle, il y a de fortes représentations à casser.

Corbeau¹ a relevé trois trajectoires de construction de l'obésité chez l'enfant et le préadolescent en lien avec l'alimentation. Ainsi, les propos de Magali semblent en accord avec la deuxième trajectoire correspondant aux « *familles d'immigrés récemment installées et qui accèdent enfin à une offre alimentaire au sein de laquelle la consommation des produits*

¹ Sociologue à l'université François Rabelais de Tours (citeres/dsu/iut).

déconseillés par la diététique actuelle leur apparaît comme le signe d'une modernité, d'une réussite sociale » (Corbeau, 2005).

Le discours de ces professionnels de santé sur l'alimentation peut être stigmatisant pour les enfants et leurs parents. En effet, d'après Toulze, il est souvent rappelé aux femmes obèses « ce qui peut / doit être fait » et les contraintes de vie sont rarement mentionnées dans les campagnes de prévention, les politiques publiques ou les propos des professionnels (Lutz, 2017 ; Toulze, 2018). L'imposition de normes arbitraires par les professionnels de santé à l'encontre des parents immigrés et de leurs enfants peut avoir des conséquences à court, moyen ou long terme et les stigmatise (Delcroix, 2021).

Enfin, Magali explique être partagée entre deux conceptions de l'alimentation : le discours « alimentation santé » et le discours « alimentation plaisir ». Si elle propose un discours alimentation plaisir – c'est-à-dire manger ce dont on a envie tout le temps – au public fragile majoritairement présent dans le dispositif PRECCOSS, il est difficile pour eux de s'y retrouver. Un autre diététicien faisant partie du réseau ODE-RéPPOP privilégie justement la conception de « l'alimentation plaisir » et de l'écoute des sensations et de son corps.

Simon : une approche diététique davantage centrée sur le ressenti de l'enfant

Propos recueillis auprès de Simon, diététicien au sein du réseau ODE-RÉPPOP et ayant une approche de la diététique et de l'alimentation différente de celle de Magali. Il avouera également avoir le sentiment de déranger de par sa méthode moins conventionnelle et de son discours de déculpabilisation. Il a conscience que l'alimentation est pour les familles le premier responsable du surpoids et de l'obésité.

« Dans la tête des gens la représentation c'est vraiment l'alimentation est vraiment un facteur on va dire capital dans la prise de poids de leur enfant. Ce qui est pas faux mais c'est pas le seul facteur mais disons que c'est... après manger c'est quelque chose de très basique qu'on fait tous les jours donc forcément ça parle plus que l'activité physique. C'est quelque chose qui est vital donc c'est un besoin on va dire fondamental. Mais y a quand même beaucoup cette croyance du mal manger gros mal manger. C'est mon avis c'est quand même une croyance et une fausse idée qu'on a par rapport à la problématique de poids. Mais voilà en tout cas ils retiennent quand même beaucoup cette question de il faut faire quelque chose au niveau alimentaire. Il faut changer des choses ».

Selon lui, les familles tentent de procéder à des changements alimentaires avant même leur entrée dans le dispositif.

« Alors ce qu'ils veulent faire c'est pas toujours ce qui est le plus adapté selon moi mais en tout cas bon quand on les voit ils ont quand même changé, ils nous ont pas attendu pour commencer à changer des choses. Alors ça marche ou pas. quand ça marche c'est au niveau du poids mais aussi au niveau de ce que ça génère avec l'enfant. Mais quand même on les voit sur deux demi-journées et souvent entre la première et la deuxième, ils ont déjà commencé. Alors il y a peut-être deux-trois semaines d'écart, ils ont changé des petites choses. Mais parfois même avant la première HDJ ils ont déjà commencé. C'est-à-dire quand ils envoient les papiers le temps que ça se mette en place d'avoir les dates, alors je sais pas il doit y avoir un mois, deux mois, ou plus selon les disponibilités qu'il y a et ils ont quand même souvent déjà commencé à faire quelque chose par peur que la courbe augmente ».

Pour Simon, l'alimentation est au cœur des préoccupations des familles qui semblent perdues face aux différents discours à la fois des professionnels de santé et des recommandations de

santé publique entendues à la télévision ou à l'école et pour qui finalement cela engendre une prise de poids contrairement à l'effet recherché.

« L'alimentation c'est un sujet de préoccupation souvent. Quand tu entends les gens dans la salle d'attente, ils parlent de ce qu'ils mangent, de leur régime entre guillemets, tu vois c'est vraiment quelque chose qui les stresse, ils savent pas quoi faire, ils savent pas comment et souvent ils sont perdus à juste titre parce qu'on entend énormément de choses et beaucoup de choses fausses, ou des choses qui n'ont rien à voir avec le poids. Ils mélangent tout entre la santé, entre le poids, entre le cholestérol, les triglycérides et mon enfant qui a des problèmes de tension et qui est hyper actif à l'école, enfin tout se mélange et souvent ils ont tendance à perdre un peu leur bon sens et avoir des attitudes assez rigides vis-à-vis des enfants et voilà du coup par moment ça fait l'effet l'inverse. C'est-à-dire que... on peut pas estimer à ce moment-là qu'est ce qui a le plus joué dans leur défaveur mais par moment des prises en charge autour du poids qui sont mal faites, restrictives, culpabilisantes bah on obtient l'effet inverse. Après y a aussi les prises en charge qui ont l'air de fonctionner, c'est-à-dire que la courbe descend mais combien de temps elle descend peut-être un an... des fois on voit que la courbe descend de manière vertigineuse et puis moi je me demande toujours qu'est-ce que ça donne au long court parce que c'est vrai qu'au niveau réseau on a des chiffres mais je sais pas si on a réellement une vision à long terme. Parce que par exemple les régimes amaigrissants qui sont quand même prescrits dans beaucoup de cas pas forcément chez l'enfant mais en tout chez l'adulte pour maigrir, quand ils sont évalués c'est sur trois ans, (...) et les chiffres sont très mauvais, c'est 95% d'échec à trois ans donc voilà moi c'est des questions que je me pose par rapport à la pérennité de l'évolution du poids. C'est pour ça que pour moi ce qui est hyper important c'est ce qu'on propose et c'est ce que font les familles ».

Selon Simon, cette confusion est responsable des problèmes d'alimentation et de poids des enfants et de leurs parents et non l'inverse. Il est dans une démarche différente de Magali, et pointe du doigt les recommandations nationales qu'il juge non adaptées et non pertinentes pour une prise en charge dans le cadre du surpoids et de l'obésité infantile.

« L'alimentation y a beaucoup de fausses croyances, d'idées reçues, de discours qui se mélangent entre la santé, le poids, ce qu'on nous dit de faire, les recommandations. Donc c'est pas forcément évident, donc c'est vrai on intervient on se base sur les repères, on a des

recommandations qui nous viennent du PNNS... mais après faut pas non plus rester trop collé là-dessus parce qu'au final on se rend compte que les gens ont du mal à suivre ces règles. Ils ont l'impression d'être en échec, comment ça se fait que j'arrive pas à manger moins, pourquoi je mange pas cinq fruits et légumes comme on dit, pourquoi j'arrive pas à grignoter on le dit toute la journée à la télé et ça a vraiment un impact sur leur estime. Déjà qu'ils en ont pas beaucoup mais en plus avec le fait de ne pas arriver à se maîtriser. Ils arrivent pas... un sentiment d'impuissance vis-à-vis de ce qu'ils pensent devoir faire. Après dans ma manière de travailler j'essaye d'assouplir tout ça pour sortir de ce truc de vouloir rentrer dans un cadre. Les gens peuvent se poser la question mais est-ce que le cadre est vraiment adapté à l'enfant, est-ce que c'est vraiment important qu'il mange 5 fruits et légumes au lieu de 4 ou 3. Est-ce que ça va avoir un impact sur leur poids, enfin j'essaye toujours de relativiser un petit peu de ce qu'on entend, de partir d'où ils sont et de les amener à avancer avec des petits pas ».

Simon n'évoque pas la culture ou l'origine des familles. Il se concentre davantage sur le ressenti des bénéficiaires et travaille à les déculpabiliser puisqu'il a conscience que, dans l'ensemble, les parents se sentent responsables. Le PNNS et ses recommandations n'est pas pour lui un outil adapté. Il est vrai que c'est un plan national avec des mesures similaires pour l'ensemble de la population quelle que soit leur situation corporelle et indépendamment des inégalités sociales de santé. Une critique qui avait été remontée lors d'une étude bilan sur les PNNS (de Batz et al., 2016).

Simon semble être dans une autre démarche comparativement à de nombreux professionnels de santé rencontrés. Tous expliqueront s'appuyer sur les recommandations nationales de l'HAS et du PNNS pour réaliser leurs prises en charge, même s'ils ont conscience qu'elles ne pourront pas être appliquées du jour au lendemain.

« Comment moi je travaille les recommandations ? Par exemple la recommandation d'une heure d'activité physique par jour pour les jeunes, 7 heures semaine quand on a des jeunes qui sont complètement déconditionnés sur le versant activité physique t'imagines bien qu'on va pas arriver en disant bah voilà pour la prochaine fois faudrait que tu me fasses ça, non, on va essayer de penser à différentes choses, on va tenir compte du fait qu'il y a une dyspnée à l'effort donc un essoufflement, donc un reconditionnement à travailler et tout ça on va y aller pas à pas pour tendre à cette recommandation » (Julia, médecin du dispositif ODE-RéPPOP).

Du côté des professionnels de l'activité physique, là aussi les discours peuvent être culpabilisants pour les parents et notamment les mères, même si certains semblent davantage mettre en relation les pratiques sportives avec les situations socio-économiques des familles.

Pour Lisa il n'y a pas d'excuses face au manque d'activité physique car tout le monde peut se donner les moyens de « bouger »

Propos recueillis auprès de Lisa, éducatrice médico-sportive au sein du dispositif ODE-RÉPPOP. D'après elle, le manque de moyens financiers n'est pas une excuse recevable pour justifier le fait de ne pas avoir un style de vie actif et une pratique physique régulière.

« Dans le questionnaire je demande aussi quel matériel ils ont chez eux à la maison. En fonction de ça on fixe des objectifs individuels à faire en famille : du vélo, de la trottinette, jouer au ballon... Généralement s'ils n'ont pas de ballon chez eux, c'est déjà qu'ils n'aiment pas spécialement ça. On trouve toujours quelque chose à faire et « si tu n'as pas les moyens, tu as toujours tes pieds, marcher ne coûte rien » ».

Elle semble également prendre pour acquis les cours collectifs vers lesquels elle oriente les enfants en surpoids ou obèses. Or, au regard des chiffres des rapports d'activités de PRECCOSS, des observations des ateliers et des discours recueillis auprès des familles, l'inscription à ces activités ne signifie pas pour autant que les enfants s'y rendent régulièrement.

« Ensuite, il y a les ateliers collectifs. Si l'enfant a un gros manque je le mets directement sur les ateliers collectifs comme ça il aura déjà automatiquement 2 heures en plus où il va bouger. Il y a donc deux objectifs en parallèle individuel et collectif ».

Face au refus de la pratique sportive de certains parents pour leur enfant, Lisa estime qu'il s'agirait de devoir « éduquer » les parents et est exaspérée par certains comportements. *« Ensuite on a un frein provenant des parents : l'enfant veut faire du sport ou une activité et les parents refusent. Il faut éduquer les parents car si les parents ne changent pas de comportement l'enfant n'y arrivera pas. Ça m'énerve quand pendant un rendez-vous je vois le parent sur son téléphone en train de faire autre chose ou qui s'absente pour passer un coup de fil ».*

Selon Lisa, il existe plusieurs raisons pour lesquelles les parents refusent l'inscription de leur enfant au sein de clubs ou associations sportifs à l'issue des deux ou trois ans de prise en charge dans le dispositif PRECCOSS. *« Cela peut être le prix, c'est payant on ne peut pas. Ils ne*

veulent plus quitter le dispositif. Ils n'ont pas le temps d'accompagner les enfants aux activités (pas dispos, pas de sous, pas conscience de l'importance de l'accompagnement) ».

Le discours de Lisa illustre de quelle manière la responsabilité du manque d'activité physique des enfants est attribuée aux parents. L'éducation des parents ou bien l'aide à la parentalité font partie des objectifs à mettre en place dans les programmes d'éducation thérapeutique (ETP). Plusieurs études montrent bien la relation existante entre obésité infantile et population défavorisée (Poulain, 2009 ; de Saint Pol, 2013 ; Praznocy et al., 2017), lien que Lisa semble ignorer ôté au profit d'une pratique d'économie morale néolibérale basée sur la responsabilisation des individus (enfants et leurs parents) (Lutz, 2017).

À l'inverse, Grégoire, un autre éducateur médico-sportif du dispositif PRECCOSS tient un tout autre discours et évoque les difficultés rencontrées par les familles qu'il suit.

Ne pas généraliser la prise en charge de l'obésité infantile : être à l'écoute des familles et suivre leur rythme

Propos recueillis auprès de Grégoire, éducateur médico-sportif au sein du dispositif PRECCOSS. À l'entendre, il est nécessaire de prendre en compte les difficultés des familles et d'en avoir conscience afin de proposer une prise en charge adaptée de l'obésité infantile.

Pour lui, « *Les problématiques de la vie quotidienne rencontrées par les familles empêchent parfois de travailler sur la question du poids de l'enfant. Les personnes sont dans une autre sphère. (...) Il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs* ».

Grégoire estime important de respecter le rythme des familles et de travailler dans ce sens.

« *PRECCOSS essaye d'avoir des antennes dans différents lieux car les personnes n'ont souvent pas les moyens de se déplacer, ne possèdent pas toujours une voiture. Les personnes « ne fonctionnent pas comme nous ». Il faut prendre du temps pour connaître chaque famille, savoir ce qui est le mieux pour elle. Les réunions pluridisciplinaires prennent du temps. Il faut être patient et avancer au rythme du patient* ».

Toujours selon Grégoire, lors de la formation ETP, l'accent est mis sur le rythme des familles. « *Si l'activité physique n'est pas la priorité de la famille, il faut l'accepter* ». Il est nécessaire de « *sentir quelle est leur priorité. (...) Si l'enfant n'a pas envie de faire les ateliers de cuisine mais veut tout de suite se mettre sur les activités physiques, il faut l'écouter et ne pas le forcer à suivre les ateliers qu'il ne veut pas suivre* ».

De cette manière, les propositions sont adaptées à chacune et chacun selon ses possibilités.

« *On est dans l'accompagnement. On est sur du personnalisé. Avec les enfants, c'est particulier car on reçoit la famille. Il n'y a finalement pas que l'enfant. Parfois, les blocages viennent des parents. Par exemple, il est hors de question que l'enfant sorte tout seul. À ce moment-là, on peut proposer aux parents de faire une sortie familiale par semaine* ».

Grégoire n'apprécie pas « *mettre les gens dans des cases* ». Selon lui, « *il faut prendre du recul, avoir du recul, avoir de la sagesse, savoir avancer et un jour faire un pas en arrière pour mieux redémarrer ensuite* ».

Grégoire n'évoque pas le terme « responsabilité » lors de son entretien et, en prenant en compte les problématiques rencontrées par les familles sans jugement, il privilégie une approche individualisée et personnalisée. Comme expliqué dans la partie précédente, Grégoire se situe dans une démarche d'économie morale humanitaire prenant en compte l'impact des conditions de vie sur l'obésité infantile.

Les discours des professionnels de santé varient notamment en ce qui concerne la lutte contre l'obésité infantile (Merlaud & Terral, 2016 ; Lutz, 2017 ; Lutz, 2018) aussi bien par rapport à l'alimentation qu'à l'activité physique. Pour certains professionnels, la cause de l'obésité infantile est directement dépendante du comportement des parents (Lutz, 2017) lui-même lié à la culture d'origine de ces derniers et leur discours peut être stigmatisant. Les campagnes de lutte contre le surpoids et l'obésité sur lesquelles s'appuient les professionnels de santé ont créé un « archétype de la personne dite obèse » largement diffusé par les médias. Ainsi, l'obésité est associée à la pauvreté, à un manque d'éducation conduisant les personnes et notamment les femmes à faire de « mauvais » choix alimentaires (Toulze, 2018). Les professionnels de santé gardent cette représentation des personnes obèses créant un décalage entre eux et les mères de famille des quartiers populaires. D'autres professionnels – moins nombreux – s'orientent davantage vers des discours de déculpabilisation sans faire de lien direct avec l'origine des familles mais plutôt avec leur condition socio-économique. Cela peut s'expliquer par leur parcours de vie et leurs expériences personnelles. Ces professionnels s'appuient alors sur une démarche d'économie morale humanitaire en prenant en compte les conditions de vie de l'enfant et de son entourage pour adapter la prise en charge (Lutz, 2017).

2.2 Les mères immigrées se désignent comme principales responsables du surpoids et de l'obésité de leurs enfants

Plusieurs parents – essentiellement des mères immigrées – ont fait part d'un sentiment de culpabilité par rapport à la prise de poids de leurs enfants, notamment car elles se sentent responsables de leur alimentation et du choix de leur pratique sportive. Spontanément, elles s'expriment ainsi : « c'est de ma faute », « je ne devrais pas le laisser manger ça », « j'aurais dû faire attention », « je ne suis pas assez disponible » ...

Néanmoins, les dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile permettent à certaines de considérer les choses autrement et de s'éloigner des représentations associées à l'obésité dans leur pays d'origine. Certaines mères venues de l'étranger découvrent un autre rapport au corps, à l'alimentation, à l'activité physique mais aussi à la surcharge pondérale par le biais des dispositifs leur apportant un nouveau regard sur ces questions en lien avec la santé des enfants. C'est ce qu'explique notamment la mère de Jessica lors des entretiens.

Le réseau ODE-RÉPPOP permet d'apprendre à se sentir moins responsable et à mieux comprendre les enjeux de l'obésité infantile

Propos recueillis auprès de la mère de Jessica, âgée de 7 ans, incluse dans le réseau ODE-RÉPPOP. En 2012, l'aînée et demi-sœur de Jessica avait déjà bénéficié du dispositif. Pour elle, originaire du Cameroun, avec les moyens de communications dont on dispose actuellement en France, tout le monde devrait savoir que le surpoids et l'obésité sont à éviter pour des raisons de santé. Un élément qui n'était pas aussi évident lorsqu'elle vivait au Cameroun.

« Au réseau euh... y a des ateliers qu'on a proposé là-bas, on propose... euh c'est quand même un endroit... un très bel endroit où... où on trouve... on nous aide à trouver des solutions avec nos enfants parce que avant on disait toujours que quand on est gros c'est signe de bonne santé et moi je pense que c'était l'ignorance. Et je me dis peut-être qu'il y a des gens qui sont très fins et d'autres qui sont très gros ça marche. Mais avec... avec la technologie de maintenant, avec tout, on voit, on est informé, on est dans des endroits qui ont des informations on peut dire même si c'est... si tout le monde est gros dans la famille, quand un enfant est dans un endroit comme ça, qu'il a des opportunités de... d'éviter aussi d'être comme ses parents on doit profiter parce que ça évite les maladies, ça évite la gêne, ça fait que tu sois bien dans ton corps. Ça fait que à l'école y a pas de moqueries, ça fait, ça fait que tu es bien,

tu es... quand on explique souvent à ma fille que le surpoids c'est... le poids quand tu es bien tu es comme si tu es sur une route, mais quand tu es en surpoids tu quittes de la route tu vas en brousse. Tout le monde aimerait être quand même en brousse, même si tu t'avances un peu de la route, que tu trébuches un peu pour sortir de la route mais tu ne dois pas t'éloigner vraiment en brousse. C'est comme le cas de ma fille maintenant. Elle est vraiment, vraiment, vraiment en surpoids. Et elle risque des maladies, elle risque le diabète. Et dernièrement j'étais voir le médecin, on avait rendez-vous, on avait dit euh... ça peut encore passer mais avec le sport, avec la façon de manger faut qu'elle perde le poids ».

Pour la mère de Jessica, le réseau lui a permis d'appréhender le problème différemment et de mieux comprendre les choses.

« C'est ça et aller aussi souvent au RéPPOP, échanger avec d'autres parents ça fait du bien. Ça fait du bien parce que quand tu es dans une situation... parfois aussi tu te dis pourquoi... toi tu crois que tu es seule dans cette situation, tu te culpabilises, tu te dis que peut-être c'est toi qui fais pas bien ! Pourquoi, pourquoi, pourquoi ? Mais quand tu vois le témoignage, quand tu entends les autres mamans parler aussi ça te donne encore plus la niaque ! Tu te dis que oui, et c'est quasiment les mêmes choses hein. Tous les enfants qui sont en surpoids ils sont presque gourmands ! La majorité, ils aiment manger. Ça c'est pas quelque chose à se cacher, ils adorent manger. Jessica est d'une gourmandise, même étant bébé, Jessica n'a jamais refusé un pot ».

La mère de Jessica évoque l'ignorance qui peut conduire à l'obésité notamment dans son pays d'origine le Cameroun. Si en France, le corps « gros » est considéré comme un signe de pauvreté, en Afrique c'est le contraire puisque l'obésité est considérée comme un signe de richesse et de bonne santé (Fezeu et al., 2006 ; Lopez, 2007 ; Correia, Pataky & Golay, 2014). Ainsi, en Afrique, contrairement à la France, le surpoids et l'obésité touchent davantage les classes les plus aisées.

Pour autant, ce sentiment de culpabilité semble tout autant ressenti par les mères de famille non-immigrées. Même sans comprendre ce qui conduit à l'obésité de leur enfant, les mères ont l'impression d'être passées à côté de quelque chose et s'attribuent la faute qu'elles aient un parcours migratoire ou non.

Une équipe déculpabilisante : le réseau permet d'apprendre à se connaître

Propos recueillis auprès de la mère de Jordan, âgé de 13 ans, inclus dans le réseau ODE-RÉPPOP. La mère ne comprenait pas d'où venait la prise de poids de son fils et se sentant responsable de ce changement corporel chez Jordan, elle cherchait désespérément une explication. Situation d'autant plus difficile à comprendre pour elle étant donné que le petit frère de Jordan ne présente aucun signe de surpoids.

« Au début moi je me disais mais comment c'est possible qu'il prenne autant de poids parce que j'avais pas l'impression qu'on... ni qu'on était sédentaire, ni qu'on mangeait des choses euh à outrance ou des choses comme ça donc euh ça m'a permis de voir qu'il y avait différentes euh raisons pour une prise de poids. Voilà donc euh ça c'était plutôt pas mal. C'est dur on est toujours un peu... on se sent toujours un peu mis en échec quand le médecin il dit bon bah maintenant on va quand même aller voir parce que il prend du poids, qu'est-ce qui se passe, voilà. Donc euh voilà ».

La mère de Jordan a observé dès le départ le bienfait du réseau apporté à son fils et explique qu'au-delà de permettre de déculpabiliser il s'agit d'un accompagnement intéressant. Selon elle, le fait que Jordan reprenne du poids par la suite n'est pas de la responsabilité du dispositif.

« Moi je trouve que l'équipe du réseau franchement elle est vraiment bien parce qu'elle est déculpabilisante on va dire et que c'est vrai que sur les choses qu'on a faites. (Tousse). Puis montrer, on a pu peut-être réajuster certaines choses, voilà. De l'ordre des quantités ou des choses à faire. Après ce qu'ils proposent c'est chouette euh voilà. J'ai vu un impact sur Jordan parce qu'au début il avait perdu, la courbe s'était inversée. Il y a eu des choses et quand il a repris c'est pas du tout du fait du réseau. Voilà il y a eu pleins d'autres choses euh qui ont fait que c'était plus compliqué pour Jordan. Mais moi je trouve franchement que c'est une structure qui enfin qui est vachement aidante pour les familles. Oui voilà. Donc ça vaut le coup. Si Jordan veut continuer on continue c'est euh qu'on a décidé avec le médecin la semaine dernière. Mais euh je trouve que c'est... ça a le mérite au moins d'exister et de pouvoir accompagner les familles ».

« Les choses » dont parle la mère sont le divorce et le déménagement dans un autre quartier. Il est aussi important de noter que Jordan est entré dans l'adolescence. Il est plus réfractaire aux activités physiques dans le cadre familial, préfère sortir avec des amis et semble résister aux injonctions normatives à la fois du dispositif et de sa famille l'incitant à « bouger ». Ce cas permet de penser qu'il ne faut pas surévaluer les capacités des dispositifs à acculturer les enfants et plus particulièrement les adolescents (Lahire, 2019). Ceci montre bien qu'en dépit de l'origine migratoire des mères, d'autres facteurs interviennent dans la responsabilisation de ces dernières.

De plus, les mères peuvent également évoquer un sentiment de responsabilité vis-à-vis de la surcharge pondérale de leur enfant sans pour autant participer à l'un des dispositifs de prise en charge.

Le cas d'une mère éprouvant un sentiment de culpabilité vis-à-vis du manque d'activité physique en club de son fils

Propos recueillis auprès de Yusuf, âgé de 10 ans, orienté vers le dispositif PRECCOSS mais qui n'a pas donné suite et de sa mère. Elle se sent responsable de la non pratique sportive en club de son fils.

« C'est vrai qu'à un moment donné j'étais pas assez présente. Après voilà j'essaye de faire le plus possible euh. Voilà c'est la vie, c'est le quotidien. Je veux dire voilà on a des responsabilités, on est obligé de bosser, voilà. Après c'est vrai qu'il était, au départ il était inscrit au foot, hein Yusuf ? » (Mère de Yusuf).

« Ouais mais... » (Yusuf).

« Et justement on n'est pas trop d'accord avec le papa sur ça parce que le papa il voulait absolument qu'il continue, moi pas, pourquoi parce que je voyais mon fils au milieu du terrain il jouait pas. Non mais Yusuf franchement euh je... » (Mère de Yusuf).

« Non mais c'était parce que papa il venait me voir et après... » (Yusuf).

« Je venais aussi te voir chéri » (Mère de Yusuf).

« ... c'est à cause du travail que je pouvais plus y aller au foot. Mais sinon en fait à la base j'aimais pas trop le foot et mon papa il m'engueulait parce que j'écoutais pas, mais le terrain il était loin de lui et il y avait des cages » (Yusuf).

« Ah ça c'est les papas et le foot, ça c'est compliqué... » (Mère de Yusuf).

Plus tard dans l'entretien, la mère de Yusuf exprimera clairement un sentiment de culpabilité par rapport à la non-inscription de son fils à des activités sportives encadrées.

« Et dernièrement c'était un peu taekwondo et c'est vrai que ça c'est ma faute, j'ai pas vraiment recherché un endroit. Après je sais pas si à proximité il y en a un, après c'est vrai qu'il m'avait ramené une fiche de l'école. Et après euh je me suis dit que là on arrive à la fin de l'année donc euh je sais pas si on peut toujours faire quelque chose voilà. Donc je me suis dit euh peut-être attendre et pourquoi pas commencer quelque chose de plus raisonnable, peut-être au mois de septembre. Je sais pas parce que là il y aura aussi les grandes vacances

scolaires et puis voilà. Sinon voilà, le temps il passe comme ça on va dire plus ou moins » (Mère de Yusuf).

Une responsabilité qu'elle refuse de mettre sur les épaules de son fils ou d'un autre membre de la famille.

« Après c'est vrai que Yusuf je peux pas lui reprocher. Il a pas énormément d'amis ici et après pfff je veux dire en toute honnêteté c'est peut-être aussi à cause de moi parce que, bon j'ai grandi dans le Neuhof, je sais plus ou moins comment c'est hein. Mais euh je suis peut-être trop protectrice, j'essaye un peu trop peut-être. Oui voilà parce que là on a des jeunes qui viennent, après il veut sortir des fois avec son overboard, je veux pas parce que de peur qu'on les prenne euh. Voilà euh en fait... après sur certaines choses je j'aurais plus voulu que, il est pourtant, qu'il se responsabilise plus sur certaines choses » (Mère de Yusuf).

Une fois encore, l'analyse de ce cas permet de montrer le rôle prépondérant de la mère dans le choix des pratiques sportives. Ici, la mère de Yusuf, en s'opposant à l'avis du père, a finalement été à l'origine de l'abandon par son fils du football en club. Même si, d'après les propos de ce dernier, l'activité ne semblait pas non plus le satisfaire. Les prises de décisions de la mère concernant les loisirs de ses fils – et notamment de Yusuf¹ – ne se font pas sans un sentiment de culpabilité. Les mères sont davantage présentes dans le domaine médical notamment dans les quartiers populaires, elles ont majoritairement la charge de s'occuper de la santé des enfants (Bessière & Gollac, 2020 ; Gojard, 2010 ; Lahire, 2019). Le surpoids et l'obésité infantiles sont décrits comme des problèmes de santé par les pouvoirs publics et les professionnels des dispositifs de prise en charge sont souvent dans une pratique d'économie morale néolibérale plaçant l'individu (enfants et parents) comme responsable de l'obésité (Lutz, 2017).

Ainsi, les mères évoquent fréquemment un sentiment de culpabilité par rapport au surpoids ou à l'obésité de leur enfant, à leurs pratiques alimentaires et/ou sportives. Ce ressenti semble se retrouver aussi bien chez les mères immigrées et non-immigrées, investies

¹ Le petit frère de Yusuf, âgé de 7 ans, n'est pas en surpoids ou obèse.

ou non dans les dispositifs PRECCOSS et RéPPOP. Elles sont confrontées à deux modèles opposés du rôle de « bonne mère » : celui des classes dominantes et celui des classes populaires (Martin-Criado, 2015). Les représentations du corps et de la santé varient aussi en fonction des pays, comme en Afrique où l'obésité est considérée comme un signe de richesse et de bonne santé (Fezeu et al., 2006 ; Lopez, 2007 ; Correia, Pataky & Golay, 2014). L'opposition entre les modèles de soin de soi légitimes peut ainsi être exacerbée par le parcours migratoire des parents et par le discours des professionnels de santé orienté vers une responsabilisation individuelle de ce problème de santé publique (Lutz, 2017). Le fait de positionner l'enfant et ses parents comme principaux responsables de l'obésité accroît l'écart entre les différents modèles et renforce le sentiment de culpabilité chez les mères de familles.

3. Le parcours migratoire des familles : confrontation entre culture traditionnelle alimentaire et sportive, professionnels de santé et culture du pays d'accueil

Conformément à la quatrième hypothèse, ce chapitre de résultats visait à montrer l'impact du parcours migratoire des familles – notamment des parents – sur les pratiques alimentaires et sportives de l'enfant en surpoids ou obèse et de son entourage familial.

L'objectif était d'expliquer l'attachement ou non à la culture d'origine et son effet sur le rapport aux activités physiques et à l'alimentation, en prenant en compte les conditions de l'expérience migratoire, la « génération » dans l'histoire migratoire, le pays d'origine, la place de la religion dans la vie familiale, la position sociale des familles et leur capital culturel.

Cette analyse fait suite à un premier constat. Sur les 21 familles ayant participé à la recherche, 19 ont un passé migratoire quand bien même cela ne faisait pas partie des critères d'inclusion : quatre sont d'origine marocaine, trois d'Algérie, trois d'Arménie, trois de Turquie, une du Cameroun, une du Congo, une de Russie et une de Roumanie. Ce constat avait déjà été mis en avant en Suisse où les programmes de prévention de l'obésité infantile prennent en charge majoritairement des personnes précaires et issus de l'immigration (L'Allemand et al., 2014).

D'après le discours des enfants et des parents, leurs pratiques sportives en France seraient moindres que dans leur pays d'origine. Les principaux freins concernant l'activité physique et sportive mentionnés par les enquêtés disparaissent lorsqu'ils évoquent les activités pratiquées dans leur pays d'origine. L'analyse de leurs propos combinée avec les études déjà existantes sur le sujet permet de mieux comprendre ces résultats.

Tout d'abord, les principaux moyens de déplacement utilisés varient en fonction du pays et du lieu de vie, avec une prédominance de la marche et du vélo pour se rendre à l'école en Turquie ou encore en Algérie (Chibane & Zireg, 2016 ; Whiting et al., 2020). En France, d'une part les déplacements actifs sont moins privilégiés¹ et d'autre part le temps de marche

¹ Des initiatives se mettent en place en France pour encourager les déplacements à vélo y compris pour les trajets maison-école. Le club des villes et territoires cyclables et Vivacités se sont associés afin de promouvoir

est réduit du fait de la proximité des services (Whiting et al., 2020). Le sentiment des familles de davantage marcher lors du retour dans le pays d'origine des parents peut donc se vérifier. Leur parcours migratoire, leur changement de lieu de vie – souvent d'une zone rurale à une zone urbaine – et l'accessibilité des transports en commun conduisent les familles à réduire leurs déplacements actifs.

Ensuite, concernant les pratiques sportives, les modalités changent et les expériences sportives vécues par les parents dans leur pays d'origine diffèrent des possibilités de pratique en France. Au cours des entretiens plusieurs explications ont été formulées à ce sujet. Les personnes originaires d'Arménie et du Maroc ont toutes déclaré ne pas avoir eu la possibilité de réaliser une pratique sportive encadrée dans leur pays, le sport étant réalisé de manière organisée à l'école. En revanche, ils considèrent avoir eu des loisirs actifs. Une différence sexuée ressort également au sein d'une famille arménienne expliquant que les femmes n'ont pas leur place dans le monde du sport. Toutefois, le parcours migratoire de cette famille semble avoir eu un effet positif sur la représentation du sport puisqu'en arrivant en France la mère a commencé la pratique du vélo. Mère et fille sont également inscrites dans des dispositifs de prise en charge spécifique (SSSO et PRECCOSS). À travers cette famille, il est possible d'observer un effet d'acculturation à la pratique sportive. La scolarisation de la fille et la mise en relation avec des médecins prescripteurs semblent avoir eu un premier impact sur leur rapport au sport.

Un autre critère souvent mentionné est le coût des pratiques qui finalement est en cohérence avec les modalités de pratique. Dans le pays d'origine, les familles – notamment les parents – étaient engagées dans des activités physiques et de loisirs informelles (football dans la rue, activités aquatiques dans des milieux naturels, jeux actifs...) dont le coût financier était quasiment nul. Un schéma qui leur est parfois difficile à reproduire en France et qu'ils retrouvent lors des vacances dans leur pays d'origine. Leur situation socio-économique ne leur permet pas de pouvoir se rendre régulièrement à la piscine, et le coût des inscriptions aux activités sportives en club ou association est élevé. De plus, en France, les sorties extérieures

l'écocomobilité des enfants et des jeunes : <https://mobiscol.org>. Le gouvernement a également présenté en septembre 2018 un plan vélo afin d'augmenter la part de déplacements actifs.

des enfants peuvent être limitées du fait d'un sentiment d'insécurité (Cf. Chapitre 3) ou du sexe de l'enfant (Cf. Chapitre 4). Les familles composent donc entre leur culture d'origine et celle du pays d'accueil (Sayad, 1999), et ressentent une diminution de leurs activités actives comparativement au pays d'origine. D'autant plus, que selon elles, l'apparition des nouvelles technologies a engendré une baisse de l'activité physique et une augmentation de loisirs sédentaires. En effet le temps d'écran des enfants augmente d'année en année¹ et diffère selon le pays (Whiting et al., 2020).

Dans le chapitre 4, il avait été montré l'importance des acteurs secondaires (pairs, voisins) dans la réalisation d'activités physiques et de loisirs. Ainsi, le capital d'autochtonie (Retière, 2003) peut être impacté du fait du parcours migratoire. C'est le cas notamment pour Jessica dont le père vit au Cameroun et la mère, sans famille à proximité, ne trouve pas d'emploi. Le changement culturel et socio-économique a provoqué une diminution de son capital d'autochtonie pourtant nécessaire afin de faciliter l'insertion des femmes populaires (Aouani, Orange & Renard, 2019).

Concernant la question de la religion musulmane et de ses répercussions sur les pratiques alimentaires et sportives des enfants en surpoids ou obèses, plusieurs constats peuvent être posés. Par rapport à l'alimentation, le fait de manger à la cantine peut permettre de transmettre aux enfants des habitudes, des goûts alimentaires différents de ceux de leur pays d'origine (Ginioux et al., 2006 ; Tichit, 2012). L'acculturation à l'alimentation « française » par la cantine scolaire n'est pas toujours possible puisque de nombreux enfants des quartiers populaires rentrent manger chez eux à midi. Au-delà du coût financier de la cantine scolaire, il semblerait que le choix d'y inscrire son enfant ou non soit parfois lié à la religion, les parents ne souhaitant pas qu'il mange du porc ou de la viande non hallal (Zoïa & Visier, 2017). Le respect des traditions culinaires du pays d'origine d'une part et de la religion d'autre part, permet néanmoins des échanges entre voisins et familles favorisant un développement de leur capital d'autochtonie. Mais cela peut également expliquer la réticence de certains d'entre

¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280984>.

eux à inscrire leur enfant – et notamment les fils – aux activités culinaires des dispositifs de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile.

Par rapport à l'activité physique, l'observance stricte de la religion musulmane peut constituer un frein à la pratique sportive notamment pour les femmes (Khmailia et al., 2011) mais elle peut également être un moyen de poursuivre une activité sportive régulière (Parmentier, 2015). L'analyse approfondie de la famille d'Amir dont la mère musulmane participe aux activités physiques, permet de mettre en évidence un processus d'émancipation de la femme par le biais du sport. Ce style de vie pourrait être vu comme opposé à la culture traditionnelle des sociétés maghrébines (Khmailia et al., 2011), mais en réalité cette pratique reste réalisée sous certaines conditions : port du voile obligatoire et sport entre femmes exclusivement (Aldeeb, 2004). De ce fait elle enferme la personne dans sa communauté d'origine.

Concernant les discours des professionnels de la santé, ils varient notamment en ce qui concerne la lutte contre l'obésité infantile (Merlaud & Terral, 2016) aussi bien par rapport à l'alimentation qu'à l'activité physique. Pour certains, la cause de l'obésité infantile est directement dépendante du comportement des parents lui-même lié à la culture d'origine de ces derniers (Corbeau, 2005) et leur discours peut être stigmatisant (Toulze, 2018). Il est souvent rappelé aux femmes obèses « ce qui peut / doit être fait » tandis que les contraintes de vie sont rarement mentionnées dans les campagnes de prévention, les politiques publiques ou les propos des professionnels comme explications de l'obésité (Lutz, 2018 ; Toulze, 2018). Quelques professionnels s'orientent davantage vers des discours de déculpabilisation sans faire de lien direct avec l'origine des familles mais plutôt avec leur condition socio-économique. Il est important de rappeler que les programmes de lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles ne tiennent pas compte du parcours migratoire des bénéficiaires. Les recommandations du PNNS sur lesquelles s'appuient la majorité des professionnels rencontrés ne sont pas adaptées spécifiquement aux enfants en surpoids ou obèses ni aux conditions socio-économiques et culturelles des familles. Une critique qui avait été remontée lors d'une étude bilan sur les PNNS (Batz et al., 2016).

Il revient donc aux parents, de composer entre leurs pratiques alimentaires et physiques d'origine et les recommandations faites par les politiques publiques de santé. Cet

écart entre le modèle familial et le modèle véhiculé par les politiques de santé publique est susceptible de produire un sentiment de culpabilité chez certaines mères immigrées des classes populaires (Martin-Criado, 2015). Les recommandations en matière de lutte contre le surpoids ou l'obésité infantiles proposées par les professionnels de santé se confrontent aux représentations des familles populaires, notamment au rôle de « bonne mère » (Grassler et al., 2019a). Et parfois aux représentations associées au corps, car en Afrique, par exemple, l'obésité est considérée comme un signe de bonne santé et de richesse (Fezeu et al., 2006 ; Lopez, 2007 ; Correia, Pataky & Golay, 2014).

Ce chapitre apporte un éclairage sur l'impact du parcours migratoire des parents dans la transmission des pratiques alimentaires et sportives aux enfants descendants d'immigrés en surpoids ou obèses. Les parents ne parviennent pas toujours à reproduire en France les mêmes pratiques que dans leur pays d'origine en matière d'activité physique et d'alimentation : coût des activités trop important, sentiment d'insécurité dans leur quartier, météo non propice aux activités extérieures, accès facilité à une alimentation industrielle et calorique... En parallèle, les professionnels de santé prenant rarement en compte le parcours migratoire des familles et leur condition de vie, placent l'individu comme responsable de l'obésité et entraînent des écarts voire des incompréhensions entre leurs discours et ceux des familles. La quatrième et dernière hypothèse de cette recherche est vérifiée : la transmission et la réception de styles de vie actifs (ou non) sur et par l'enfant en surpoids ou obèse sont fortement dépendantes des pratiques alimentaires, sportives et de la religion « traditionnelles » du pays d'origine de sa famille.

L'objectif sera maintenant de déterminer la part de résistance des adolescents aux injonctions normatives véhiculées par les professionnels de santé d'une part, et aux pratiques culturelles, sportives et alimentaires de leur entourage familial d'autre part. Puisqu'en définitive, c'est bien l'enfant qui se retrouve au cœur de toutes ces représentations parfois contradictoires qui lui sont transmises par le corps médical et le corps familial. Ainsi, la question n'est pas seulement d'analyser comment sont transmis les styles de vie actifs ou non aux enfants en surpoids ou obèses, mais aussi de savoir de quelle manière ces derniers les réceptionnent et se les approprient. Cette question centrale se retrouve dans l'ensemble des chapitres de résultats de cette thèse et fera l'objet d'une discussion finale.

Conclusion générale

1. L'enfant à la croisée des influences : entre détermination et autonomie.

Cette discussion est l'occasion de recentrer les résultats autour de la question de la transmission et de la réception d'un style de vie et de remettre l'enfant au cœur du débat en prenant en compte les éléments mis en avant dans chacune des hypothèses.

L'obésité infantile est une pathologie complexe aux causes et conséquences multiples et variées. Les politiques de santé publique mettent en place et/ou soutiennent financièrement des dispositifs pour lutter contre le surpoids et l'obésité infantiles et transmettre les « bonnes pratiques » alimentaires et sportives aux enfants et à leur entourage familial. Elles n'intègrent pas assez la transmission de ces pratiques qui est un phénomène complexe et en grande partie inconscient.

Pourtant, pour faire face au surpoids et à l'obésité, l'enfant et sa famille vont adopter des « stratégies », souvent de manière inconsciente, qui diffèrent en fonction du contexte socio-historique et de l'habitus de la personne. En effet, d'après Bourdieu, nos stratégies se font en fonction de notre habitus qui lui-même dépend de notre manière de percevoir le monde, de le juger et de s'y comporter (Jourdain & Naulin, 2011). D'un côté, les familles rencontrées dans le cadre de cette recherche possèdent un habitus similaire par leur appartenance à une classe sociale, leur confrontation au surpoids ou l'obésité de l'un de leurs enfants... mais d'un autre côté, leur habitus est marqué par leurs propres caractéristiques, leurs conditions d'existence et leur trajectoire sociale. La configuration familiale, le lieu de vie, le parcours migratoire des parents sont autant d'éléments qui agissent sur l'habitus et plus largement sur les « stratégies » de transmission d'un style de vie alimentaire et physique. Ce dernier est largement influencé par nos goûts et nos pratiques, eux-mêmes liés à notre habitus. Ainsi, c'est bien en fonction de son habitus qu'une personne développera un certain style de vie dans lequel se retrouvent les pratiques alimentaires et sportives étudiées plus spécifiquement dans cette recherche. L'activité physique et l'alimentation – décrites comme les principales responsables du surpoids et de l'obésité infantile – font donc partie d'un sous-ensemble du style de vie. Ces constatations mettent en lumière la difficulté de regrouper les familles de l'étude dans une seule et même catégorie tant la transmission a un caractère complexe et multidimensionnel, même si un gradient de précarité sociale semble se dessiner

et expliquer les différents niveaux de préoccupation concernant le poids des enfants et adolescents.

Dans la transmission des loisirs culturels, il existe trois types de réalités. Une transmission par goût (l'enfant est engagé dans une activité jamais pratiquée par ses parents), par reproduction de la stratégie éducative (réalisation d'une activité pratiquée par les parents dans leur enfance) et par la pratique au sens strict (même passion entre parents et enfants) (Octobre, 2011). Mais où se situent les enfants en surpoids ou obèses issus de quartiers populaires par rapport à ces réalités ? Les résultats montrent l'impact à la fois du lieu et du contexte de vie sur cette transmission. Des familles de trois QPV différents ont été intégrées à l'étude. Malgré des caractéristiques socio-démographiques similaires, ces quartiers ont également des spécificités qui leur sont propres puisqu'à l'intérieur de chacun d'entre eux des disparités entre les familles sont observables en fonction de leur niveau et lieu de vie (Furstenberg, 2001 ; Cayouette-Remblière, 2015 ; Bernard et al., 2019).

Dans le monde culturel, Lahire a montré que l'environnement – la disposition des éléments dans un espace – entraîne une manière plurielle de s'appropriier les mêmes œuvres (textes, tableaux, spectacles) (Lahire, 2009). Un parallèle peut être fait avec cette recherche. En effet, un dispositif identique de prise en charge de l'obésité infantile peut être perçu différemment selon les quartiers, et tout à la fois les familles d'un même quartier peuvent s'appropriier diversement les activités proposées par ces programmes. L'étude de l'offre sportive disponible au Neuhof, au Port-du-Rhin et aux Coteaux a permis de constater un manque d'infrastructures et d'activités physiques proposées aux enfants et adolescents de ces quartiers. Un élément déjà mis en avant dans d'autres études sur la pratique du sport dans les quartiers populaires (Gasparini & Vieille Marchiset, 2008 ; Mondésir, 2019). La transmission que ce soit par goût, par reproduction de la stratégie éducative ou par la pratique au sens strict est alors dépendante de l'offre sportive disponible, des différentes structures implantées dans le quartier (dispositifs, centres socio-culturels, maisons urbaines de santé...) et de la situation socio-économique des familles. Néanmoins, ces « effets de lieu » (Bourdieu, 1993) et l'analyse de la structure de l'espace social ne permettent pas à eux seuls de saisir toute la complexité de la transmission et réception de pratiques alimentaires et sportives dans ces familles. C'est pourquoi, il est primordial d'associer les caractéristiques résidentielles avec d'autres facteurs comme le rôle des différents acteurs et le parcours migratoire des parents.

La transmission se fait essentiellement par la famille et en particulier par les mères. Un élément en accord avec les différentes études sur l'implication des parents dans la scolarité et le suivi médical des enfants où les mères sont davantage présentes notamment dans les quartiers populaires (Cresson, 1995 ; Bernard et al, 2019 ; Bessière & Gollac, 2020 ; Siblot et al. 2015). Cette thèse confirme l'existence d'un rôle différencié entre les mères et les pères dans la transmission de pratiques alimentaires et physiques. Cette différenciation peut également se faire en fonction du sexe de l'enfant et de sa place dans la fratrie.

Bourdieu a pu montrer que plus la différence entre l'habitus de la famille et celui de l'institution scolaire est grande, plus l'enfant a de risques de se retrouver en situation d'échec scolaire. Une similitude existe avec cette recherche où un écart est observable entre l'habitus des familles des quartiers populaires et celui des professionnels de santé les prenant en charge entraînant la transmission d'un discours souvent contraire à celui des familles au sein de ces dispositifs. Cette contradiction semble freiner l'adhésion de l'enfant – et notamment des parents – aux différentes pratiques proposées (culinaires et/ou sportives). Les injonctions à « bouger plus », « manger mieux » véhiculées par les professionnels de santé découlant des divers plans gouvernementaux – notamment le PNNS – tendent à responsabiliser les enfants et leurs parents. Pour certains, la cause de l'obésité infantile est directement dépendante du comportement des parents lui-même lié à la culture d'origine de ces derniers (Corbeau, 2005) et leur discours peut être stigmatisant (Toulze, 2018). Il est souvent rappelé aux femmes obèses « ce qui peut / doit être fait » tandis que les contraintes de vie sont rarement mentionnées dans les campagnes de prévention, les politiques publiques ou les propos des professionnels comme potentiellement responsables de l'obésité (Lutz, 2018 ; Toulze, 2018). Pourtant, les causes du surpoids et de l'obésité infantiles sont multidimensionnelles. Le modèle écologique des prédicteurs du surpoids et de l'obésité infantiles montre bien la complexité des causes du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents (Davison & Birch, 2001). Il y a de nombreuses causes liées les unes aux autres et dépendantes aussi bien des caractéristiques de l'enfant, de son entourage familial, que de la société.

Ces discours discordants conduisent également les parents – notamment les mères – à ressentir un sentiment de culpabilité par rapport au poids de leur enfant (Martin-Criado, 2015). D'autant plus que, leur parcours migratoire contribue pour eux à devoir composer entre leur culture d'origine et celle du pays d'accueil (Sayad, 1999). Les conditions de vie

différentes semblent perturber voire empêcher la transmission de pratiques alimentaires et sportives. Certains parents ne peuvent pas transmettre à leurs enfants le même « mode de vie » dont ils ont pu bénéficier pendant leur enfance, du fait de leur parcours migratoire. Le coût des activités, le climat, les principaux moyens de déplacement utilisés... ne sont pas identiques et sont autant de freins parfois à la transmission inconsciente d'un style de vie actif ou non des parents à leurs enfants.

Mais finalement, c'est bien l'enfant qui se retrouve au cœur de toutes ces représentations contradictoires transmises par le corps médical et le corps familial. La question n'est donc pas seulement d'analyser comment sont transmis les styles de vie actifs ou non aux enfants en surpoids ou obèses, mais aussi de savoir de quelle manière ces derniers les réceptionnent et se les approprient. Au cours de l'enfance, hormis l'origine et le cadre familial, il y a la possibilité d'une socialisation sportive, sans l'intermédiaire des parents, par des interactions entre enfants à l'extérieur du domicile. La cour de récréation est par exemple un de ces lieux où les enfants vont pouvoir échanger entre eux et bénéficier de la transmission d'une « culture enfantine » (Delalande, 2001). Les regroupements d'enfants au pied des immeubles, fréquents dans les quartiers populaires, sont autant de temps de possible socialisation sportive. C'est également, de par la mixité créée et selon leur origine, l'ouverture des enfants à une autre culture. À l'adolescence, cette socialisation sportive par les pairs peut prévaloir sur les pratiques alimentaires et physiques transmises par sa famille. D'après les résultats de cette enquête, au-delà d'évoluer dans leurs pratiques, les adolescents semblent résister¹ d'une part aux injonctions normatives véhiculées par les professionnels de santé, et d'autre part aux pratiques culturelles, sportives et alimentaires de leur entourage familial. En ce qui concerne les adolescents de l'étude (âgés de 13 ans ou plus), tous sont réfractaires aux activités physiques proposées par des membres de leur famille ou par les professionnels de santé et ont arrêté de pratiquer et/ou de participer aux ateliers des dispositifs de prise en charge. L'adolescence est également une période où le rapport au corps change (Diasio, 2014 ; Sudre et al., 2013) et l'engagement dans une activité physique pour une personne obèse est

¹ Bernard Lahire parlera de « résistances bruyantes ou silencieuses ». L'analyse de ces résistances permet de ne pas surévaluer les capacités des dominants à acculturer les populations les plus dominées. Cf. Lahire, B. (2019). *Enfances de classe : De l'inégalité parmi les enfants*. Paris, Seuil, 1232 p.

parfois rendu plus difficile, notamment pour les adolescents obèses pouvant subir des formes de stigmatisations, qui ont parfois honte de leur corps et des difficultés à bouger (Marcellini et al., 2016).

2. L'apport de la recherche doctorale

L'objet de cette recherche était de montrer les effets respectifs des caractéristiques résidentielles, des configurations familiales et des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile sur le style de vie alimentaire et sportif au sein de familles résidant dans des quartiers populaires et dont au moins un des enfants ou adolescents est en surpoids ou obèse.

Le premier chapitre de cette thèse a permis de déconstruire les notions de surpoids et d'obésité infantiles en montrant comment elles ont été construites comme un problème de santé publique en cinq étapes (émergence, légitimation, mobilisation, débats sur le traitement et actions sur le terrain) (Blumer, 2004) d'une part, et comme un problème d'ordre sanitaire à partir des cinq étapes de la médicalisation (définition du comportement moralement déviant, prospection, mobilisation, légitimité ou consolidation, institutionnalisation) (Dorvil & Mayer, 2001) d'autre part. L'enchaînement de ces différentes étapes a conduit à une production importante de données statistiques à ce sujet qui bien souvent ne séparent pas le surpoids et l'obésité infantiles, entraînant des amalgames entre ces termes (Poulain, 2009). D'après la littérature existante, le surpoids et l'obésité infantiles touchent davantage les enfants et adolescents des QPV qui démontre une véritable inégalité sociale de santé par rapport à cette problématique (Poulain, 2009 ; de Saint Pol, 2013 ; Praznocy et al., 2017). Le taux de pratique des enfants et adolescents en surpoids ou obèses est également moindre parmi ceux résidant en QPV (Gasparini & Vieille Marchiset, 2008) et c'est notamment une population qui a tendance à privilégier une alimentation qui tient au corps (Hoggart, 1970).

L'originalité de cette thèse réside dans le fait d'étudier la transmission d'un style de vie alimentaire, de la pratique sportive dans un système global de pratiques et de croyances, dans des quartiers populaires en prenant en compte le contexte socio-économique et culturel des familles incluses dans la recherche. Quelques études déjà réalisées montrent que la

transmission de ces pratiques alimentaires et sportives semble se faire essentiellement par le biais de la famille (Darmon, 2007 ; Octobre & Jauneau, 2008), et dans une moindre mesure par l'école et le groupe de pairs (Thin, 2005 ; 2009 ; Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008). Cette thèse permet d'aller plus loin en analysant le poids de la transmission sur les rapports sociaux aux dispositifs de prévention du surpoids et de l'obésité infantiles.

Plus précisément, l'objectif était de comprendre la manière dont les styles de vie actifs (ou non) se transmettent et sont appropriés au sein de familles résidant dans des quartiers populaires et dont au moins un des enfants ou adolescents est en surpoids ou obèse. Les quatre hypothèses de recherche visaient respectivement à saisir le poids des caractéristiques résidentielles, le rôle de la famille comme acteur principal (parents, fratrie, grands-parents), le rôle des pairs, de l'école et des dispositifs comme acteurs secondaires et l'impact du parcours migratoire des parents sur la transmission et la réception d'un style de vie actif (ou non). Les trois chapitres de résultats ont permis d'y répondre totalement ou partiellement¹ et indépendamment l'un de l'autre. En effet, les caractéristiques résidentielles, les acteurs et le parcours migratoire des parents ont été étudiés de manière distincte.

Cette recherche permet notamment de distinguer deux logiques influant sur le style de vie actif ou non des enfants et adolescents. Certains parents ont une logique d'incitation voire d'obligation à la pratique sportive quand d'autres privilégient une logique de « libre choix » de la pratique. Les enfants incités voire obligés d'avoir une pratique sportive sont tous inclus dans un dispositif de prise en charge de l'obésité infantile et sont plus actifs que ceux ayant « libre choix » de la pratique et qui parfois ont été orientés vers les dispositifs mais ne les ont pas intégrés. Ces logiques sont également dépendantes du rapport à l'activité physique des parents pouvant être de « bien-être global », « utilitaire » ou « éloigné », lui-même en partie lié avec le parcours migratoire des parents. Les familles récemment arrivées en France se situent toutes dans un rapport « éloigné » à l'activité physique et ne priorisent pas ou peu la pratique sportive comparativement à d'autres, la transmission d'un style de vie actif

¹ Les explications de ce résultat partiel seront précisées dans la partie suivante sur les limites de la recherche.

n'apparaissant pas comme primordiale face à la recherche d'un emploi et à une volonté d'intégration dans le pays d'accueil (apprentissage du français, scolarité des enfants...).

Néanmoins, au cours de l'enfance les socialisations sont multiples, conjointes ou contradictoires entre la famille, l'école, le groupe de pairs et les différentes institutions en présence (Lahire, 2019). Dans le cadre de cette recherche, en dehors de la famille, l'école, le groupe de pairs ainsi que les dispositifs de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles (PRECCOSS et le réseau ODE-RÉPPOP) ont un rôle à jouer dans la transmission de pratiques alimentaires et sportives. Des contradictions s'observent entre leurs discours et celui des familles, principalement du fait des conditions socio-économiques (lieu de vie, classe sociale) et/ou du parcours migratoire des parents. Concernant l'école, les familles populaires ne sont pas toujours en accord avec les discours qu'elle véhicule (Périer, 2005). Des activités physiques sont proposées entre midi et deux alors que les enfants mangent à la maison pour des raisons culturelles et financières (Ginioux et al., 2006 ; Tichit, 2012). L'acculturation de l'enfant à une autre alimentation par le biais de la cantine scolaire ne peut alors pas se réaliser. Le choix d'inscrire son enfant ou non à la cantine est parfois lié à la religion, les parents craignant qu'il mange du porc ou de la viande non halal (Zoïa & Visier, 2017). D'après les résultats de la recherche, les voisins ou groupe de pairs ont également un rôle à jouer dans l'incitation à un style de vie actif (ou non) des enfants et/ou de leurs parents. Ce point est discutable, car d'après Lahire, les relations au sein d'un groupe de pairs se créent en fonction d'un ressenti de similarités entre enfants expliquant leur rapprochement. Ces similarités seraient construites antérieurement au sein des familles respectives des enfants (Lahire, 2019). Le capital d'autochtonie peut être impacté par le parcours migratoire puisqu'il varie également en fonction du temps passé dans un même quartier et de la durée de résidence en France. Les familles récemment arrivées en France ont un capital d'autochtonie plus faible les privant d'une forme de socialisation pendant un temps, alors même que c'est un élément important pour d'une part faire face au quartier (Retière, 2003), et d'autre part, pour une meilleure intégration – notamment des femmes résidant dans des quartiers populaires – (Orange et al., 2019). Finalement, une hiérarchie semble s'instaurer entre ces différents acteurs. La famille occupe une place prépondérante dans ce processus de transmission et l'école, les voisins, les pairs et les dispositifs dépassent difficilement le style de vie acquis par les enfants et adolescents.

La plus forte contradiction de discours s'observe à la fois entre les différents professionnels de santé impliqués dans la lutte contre l'obésité infantile (Merlaud & Terral, 2016) et avec les familles des quartiers populaires. Parfois même, des logiques de chiffre et de résultat pour obtenir des subventions sont constatées dans le domaine de l'obésité infantile (Robelet et al., 2005 ; Favier-Ambrosini & Delalandre, 2018). En Suisse, une étude portant sur les économies morales de l'obésité de l'enfant a permis de distinguer deux types de pratiques chez les professionnels, l'une d'économie morale néolibérale (l'obésité doit être combattue par l'enfant et ses parents) et l'autre d'économie morale humanitaire (reconnaissance de l'impact des conditions de vie sur l'obésité) (Lutz, 2017). Dans le cadre de cette recherche, les deux profils de professionnels se retrouvent avec une prédominance de discours et de pratiques basés sur l'économie morale néolibérale rendant l'enfant et ses parents responsables. Rares sont les professionnels des dispositifs PRECCOSS ou ODE-RéPPOP qui mettent en place des actions sociales avec pour objectif de favoriser l'intégration et améliorer les conditions de vie des enfants et parents avant de s'attaquer au problème de poids. Quand bien même ils ont conscience de ces « raisons humanitaires » qui conduisent à l'obésité, leur pratique reste souvent en contradiction avec leur discours. C'est un élément rapporté par Lutz après étude des différents programmes suisses de lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles, où elle explique bien que ces deux types de pratique sont indissociables (Lutz, 2017).

Cette recherche apporte donc un regard nouveau sur la manière dont les familles (enfants, parents) se saisissent des normes et se réapproprient les recommandations faites en termes d'alimentation et d'activité physique par les professionnels de santé engagés dans des dispositifs de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles. Elle permet également de croiser le discours des enfants et adolescents, de leur entourage familial (parents, fratrie, grands-parents) et des professionnels de santé autour du corps, de l'alimentation et de l'activité physique et d'en faire ressortir parfois des contradictions. La prise en compte à la fois des caractéristiques résidentielles, des différents acteurs de la transmission et du parcours migratoire des parents est l'occasion de mieux comprendre la manière dont les styles de vie actifs (ou non) se transmettent et sont appropriés au sein de ces familles.

3. Les limites méthodologiques et théoriques de la recherche

Cette recherche comporte certaines limites tant théoriques que méthodologiques. Comme décrit déjà dans la partie 0 de cette thèse, le nombre de familles incluses n'est pas le même en fonction des quartiers. J'ai rencontré des difficultés pour accéder aux informations notamment dans les quartiers du Port-du-Rhin (où la méthodologie a dû être revue suite à un trop faible nombre de familles prises en charge par le dispositif PRECCOSS) puis aux Coteaux (face à la crainte de certains professionnels du réseau ODE-RÉPPOP d'un travail comparatif avec PRECCOSS ayant nécessité une approche explicative pour les convaincre).

La deuxième hypothèse de recherche n'a été que partiellement vérifiée. La diversité des configurations familiales rencontrées, la variation hétérogène du nombre d'enfants dans la fratrie, la différence de place dans la fratrie de l'enfant en surpoids, le sexe des enfants (que des garçons, que des filles...), n'ont pas permis de déterminer le réel impact de rôle différencié en fonction du sexe et de la place dans la fratrie. D'autres études montrent bien l'existence de pratiques socialisatrices sexuées et socialement situées (Lahire, 2001). En revanche, l'analyse du recueil de données a permis d'observer des discours différenciés sur les causes de l'obésité en fonction du nombre de membres de la famille concernés par une surcharge pondérale. Si l'ensemble des membres de la famille est en surcharge pondérale, le discours des mères tend à banaliser le poids de ses enfants et à l'attribuer à la génétique familiale. Or moins de 5% des problèmes de poids sont d'ordre génétique (Dubern, 2007). À l'inverse, si un seul des enfants de la fratrie est diagnostiqué en surpoids ou obèse, les discours des mères interviewées montrent qu'elles prennent davantage conscience de la surcharge pondérale et auront tendance à l'associer au comportement individuel de l'enfant (« plus gourmand » que ses frères et sœurs, « n'aime pas bouger » ...).

Une autre limite davantage méthodologique que théorique, est l'absence de familles orientées vers le réseau ODE-RÉPPOP et n'ayant pas souhaité l'intégrer. Il serait pertinent d'obtenir la parole de cette catégorie de familles, comme cela a été fait pour le quartier du Neuhof. L'investissement de l'enquêtrice dans ce quartier y est plus solide du fait d'un stage de mémoire de recherche réalisé sur site en amont de la thèse, la prise de contact avec les

professionnels étant ainsi facilitée. L'accès aux données des familles orientées vers le réseau mais qui ne donne pas suite est rendu difficile en raison du secret professionnel médical.

D'un point de vue plus théorique, par manque de temps mais aussi de moyens logistiques, les grands-parents des enfants en surpoids ou obèses ont rarement pu être interrogés. La barrière de la langue ou leur absence – certains vivant dans leur pays d'origine loin de la France – n'ont pas permis de les intégrer pleinement dans cette recherche. Ainsi, la transmission intergénérationnelle n'a pu être questionnée. Les grands-parents, longtemps oubliés de la sociologie de la famille (Segalen, 2018), sont pourtant des acteurs importants dans la transmission d'un style de vie à leurs descendants (Chanez, 2007) et d'une solidarité de génération en génération (Attias-donfut, 1995).

D'autre part, le discours de certains acteurs secondaires – professeurs des écoles, professeurs d'EPS, groupe de pairs, voisins – contribuant à la socialisation des enfants n'a pu être recueilli. Malgré la place centrale de la famille dans la socialisation (Lahire, 2019), y compris de la fratrie (Court & Henri-Panabière, 2012), l'école en est également un acteur primordial (Mingat, 1991 ; Darmon, 2001). Une étude plus approfondie de la socialisation par le biais de l'école pourrait permettre d'observer une transmission ascendante (des enfants aux parents) de comportements de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. D'après les résultats de cette thèse, l'école apparaît comme un acteur incontournable dans l'orientation et la prise en charge des enfants en surpoids ou obèses, même si son effet ne peut pas être évalué indépendamment du statut social des familles et de la signification des messages sur l'alimentation et l'activité physique dans l'environnement social des individus (Jacolin-Nackaerts & Clément, 2008 ; Vieille Marchiset, 2019).

Le terme de style de vie actif utilisé dans cette recherche a pour but de prendre en compte à la fois l'interaction entre les éléments (habitus, pratiques alimentaires et sportives, classe sociale...) en s'inspirant de la définition du style de vie de Bourdieu (1980) et en même temps de tenter de d'objectiver ce concept à partir d'une série d'éléments issus des recommandations de santé publique faites sur l'activité physique et l'alimentation. C'est une notion heuristique qui permet ici de modéliser mais qui reste à approfondir et éclaircir.

4. Quelques perspectives : comparer les territoires et les dispositifs

L'étude se concentrait sur deux dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile, PRECCOS piloté par une municipalité, et le réseau ODE-RéPPOP fonctionnant sous forme associative. Ils font tous deux partie de la même région, malgré leurs spécificités, et bénéficient du soutien d'une même entité : l'agence régionale de santé Grand Est. Dans le cas de PRECCOSS, ce programme est inscrit dans le contrat local de santé 2, et la question du sport-santé est très développée par la municipalité. En effet, la ville de Strasbourg est un des précurseurs du sport-santé sur ordonnance qu'elle a mis en place depuis fin 2012 (Gasparini & Knobé, 2015).

Les suites de cette recherche pourraient être de proposer un travail similaire dans d'autres régions, voire d'autres pays où sont développés différents dispositifs de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles dans une perspective comparative. Cela permettrait de « mieux comprendre les effets respectifs du contexte politico-institutionnel (local, national ou européen), des conjonctures et des cultures » des enfants en surpoids ou obèses et de leur entourage et d'approfondir l'analyse sur la transmission de leurs pratiques alimentaires et/ou sportives (Gasparini & Koebel, 2015).

Le Bas-Rhin et le Haut-Rhin font partie des départements français où le taux de surpoids et d'obésité infantiles est le plus élevé. S'intéresser à des départements moins touchés par cette problématique pourrait être opportun. Faire une étude comparative en Europe permettrait de constater ou non des différences de politiques nationales et/ou locales dans ce domaine et d'observer si cela a un impact sur la transmission de pratiques alimentaires et/ou physiques au sein de familles dont au moins un des enfants est en surpoids ou obèses. Vieille Marchiset et al., ont réalisé une étude comparative entre la France, la Suisse, l'Allemagne et l'Italie afin d'analyser le rapport au corps dans les pratiques physiques et/ou sportives mais également les représentations corporelles associées à la santé de familles résidant dans des quartiers pauvres. Ainsi, les enfants de ces différents pays ont un « activisme corporel propice à des conduites de santé », ils font le lien entre activité physique et santé mais l'environnement considéré comme insécure empêche leur mise en mouvement. Des similitudes apparaissent également dans les discours de promotion de la santé très orientés

vers l'alimentation et dont les slogans sont connus mais non appliqués (Vieille Marchiset et al., 2014 ; Vieille Marchiset, 2021).

Les personnes incluses dans ces deux dispositifs de prise en charge sont majoritairement issues de l'immigration. L'étude et l'analyse des programmes de lutte contre l'obésité infantile en Suisse a permis un constat identique (L'Allemand et al., 2014). En fonction du parcours et des origines migratoires d'autres résultats sur la transmission de pratiques alimentaires et/ou sportives au sein des familles pourraient être relevés. Il existe une diversification importante des origines en France, avec des groupes minoritaires et majoritaires (Santelli, 2016). En fonction de l'appartenance à ces groupes et de l'origine, les descendants d'immigrés pourraient s'approprier différemment les pratiques sportives et alimentaires. En fonction du territoire de la recherche, l'origine des descendants d'immigrés peut varier et pourrait conduire à l'analyse d'autres résultats.

Il serait également intéressant de faire une comparaison avec d'autres groupes sociaux et notamment des enfants et adolescents issus de la classe aisée qui sont situés socialement ailleurs, par exemple à Strasbourg en menant l'enquête auprès de familles résidants dans le quartier de l'orangerie (un quartier aisé de la ville), en parallèle du Neuhof. Cette comparaison permettrait de vérifier l'effet de classe sociale et de quartier. Les quartiers aisés étant généralement mieux dotés en termes d'équipements sportifs (gymnases, piscines...) mais aussi en termes d'aménagement urbain propices à des activités physiques (parcs, pistes cyclables aménagées...) (Mondésir, 2019). D'autant plus, qu'au-delà d'avoir inégalement accès aux pratiques sportives, les usages diffèrent également dans les pratiques alimentaires. Par exemple, dans les classes populaires l'enfant a davantage le choix de refuser des activités que dans les classes supérieures où ce dernier n'a pas cette liberté et pour qui le contrôle du poids fait partie des normes sociales (Lahire, 2019).

Enfin, cette analyse sociologique pourrait être croisée avec celles sur les temporalités afin de mieux comprendre la place de l'activité physique comme loisir au sein de ces familles dans les différents âges de la vie en suivant une cohorte d'enfants sur dix ou vingt ans. Ces dernières années, le temps libre des français serait en léger recul pour la première fois et le sport est de plus en plus utilisé comme un moyen de maintenir sa santé physique et/ou mentale (Pronovost, 2008). L'activité sportive apparaîtrait peut-être plus en aval dans la

hiérarchie de la transmission d'un style de vie priorisant l'alimentation, les loisirs sédentaires et/ou la religion.

Bibliographie

- Aceti, M., & Vieille Marchiset, G. (2014). Sport-santé en Europe : Quatre programmes nationaux à la loupe. *Jurisport : Revue juridique et économique du sport*, 140, 41-44.
- Aïach, P. (2000). 5. De la mesure des inégalités : Enjeux sociopolitiques et théoriques. In *Les inégalités sociales de santé* (p. 81-91). La Découverte; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-p-81.htm>
- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2019). *Les méthodes qualitatives: Vol. 3e éd.* Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives--9782130817154.htm>
- Aldeeb Abu-Sahlieh, S. A. (2004). Limites du sport en droit musulman et arabe. *Confluences Méditerranée*, 50(3), 93-112. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/come.050.0093>
- Algava, L. M., Le Minez, S., Bressé, S., & Pla, A. (2005). *Les familles monoparentales et leurs conditions de vie* (N° 389; p. 12). Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
- ANSES. (2016). *Actualisation des repères du PNNS – Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité.* (p. 549) [Rapport d'expertise collective].
- Apouey, B., & Geoffard, P.-Y. (2015). Le gradient et la transmission intergénérationnelle de la santé pendant l'enfance. *Économie et statistique*, 475(1), 113-133.
<https://doi.org/10.3406/estat.2015.10529>
- Armagnague, M., & Rigoni, I. (2016). *Saisir le point de vue de l'enfant. Enquêter sur la participation socioscolaire des élèves migrants. Hors-série*, 311-329.
- ARS Grand Est. (2017). *Projet régional de santé 2018-2027 : État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est* (p. 46). Agence Régionale de Santé Grand Est.

- Attias-Donfut, C. (1995). *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, État* (Nathan).
- Augel, O., Lefèvre, B., & Tribou, G. (2008). *Sports et sportifs en France. Points de repères issus de l'Observatoire du sport*. (Fédération professionnelle des entreprises du sport et des loisirs). <https://www.decitre.fr/livres/sports-et-sportifs-en-france-9782953140705.html>
- Auger, F., Lefrançois, C., & Trépied, V. (2017). Penser l'âge dans l'enquête et ses enjeux. *Sociologies*.
- Authier, J.-Y., & Cayouette-Remblière, J. (2021). Voisiner, une pratique qui demeure... sélective. *Population & Sociétés*, 589(5), 1-4. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/popsoc.589.0001>
- Bacqué, M.-H., & Fol, S. (2007). Effets de quartier : Enjeux scientifiques et politiques de l'importation d'une controverse. In *Le quartier. Enjeux scientifiques, actions politiques et pratiques sociales*. (La Découverte, p. 181 à 193).
- Bacqué, M.-H., Rey, H., & Sintomer, Y. (2005). *Gestion de proximité et démocratie participative* (La Découverte). <https://www.cairn.info/gestion-de-proximite-et-democratie-participative--9782707143068.htm>
- Bacro, F., Guimard, P., Florin, A., Ferrière, S., & Gaudonville, T. (2017). Bien-être perçu, performances scolaires et qualité de vie des enfants à l'école et au collège : Étude longitudinale. *Enfance*, 1(1), 61-80. Cairn.info.
<https://doi.org/10.4074/S0013754517001057>
- Barthel, É. (2017). *Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens au sujet de la prescription d'activité physique* [Université de Lorraine]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932443/document>

Barthes, R. (1968). L'effet de réel. *Communications*, 11(1), 84-89.

<https://doi.org/10.3406/comm.1968.1158>

Bauduer, F., Vanz, E., Guillet, N., & Maurice, S. (2018). La prescription d'activité physique par le médecin traitant : L'expérience de Biarritz Côte Basque Sport-Santé. *Santé Publique*, 30(3), 313-320. <https://doi.org/10.3917/spub.183.0313>

Beaud, S. (2018). *La France des Belhoumi. Portraits de famille (1977-2017)* (La découverte).

Beaud, S., & Pialoux, M. (2002). Jeunes ouvrier(e)s à l'usine. Notes de recherche sur la concurrence garçons/filles et sur la remise en cause de la masculinité ouvrière.

Travail, genre et sociétés, 8(2), 73-103. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/tgs.008.0073>

Becker, H. S. (2016). *La bonne focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*. La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-bonne-focale--9782707188465.htm>

Berger, P., & Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Klincksieck.

Berlivet, L. (2015). Une biopolitique de l'éducation pour la santé : La fabrique des campagnes de prévention. In D. Fassin & D. Memmi (Éds.), *Le gouvernement des corps* (p. 37-75). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

<http://books.openedition.org/editionsehess/1484>

Bernard, L., Masclet, O., & Schwartz, O. (2019). Introduction. Classes populaires d'aujourd'hui. Questions de morphologie et de styles de vie. *Sociétés contemporaines*, 2(114), 5 à 21.

Bessière, C., & Gollac, S. (2020). *Le genre du capital. Comment la famille reproduit les inégalités*. La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-genre-du-capital--9782348044380.htm>

- Bickel, J.-F., Lalive d'Épinay, C., & Vollenwyder, N. (2005). Changement et continuité dans les loisirs : Une comparaison de cohortes. *L'Année sociologique*, 55(1), 129-169.
Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/anso.051.0129>
- Bihan, G. L., & Collinet, C. (2016). Les activités physiques au cœur de l'actualité en santé. *Santé Publique*, 51(HS), 9-11. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0009>
- Birch, L. L., & Davison, K. K. (2001). Family Environmental Factors Influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 893-907. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70347-3](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70347-3)
- Blumer, H., & Riot, L. (2004). Les problèmes sociaux comme comportements collectifs. *Politix*, 67(3), 185-199. Cairn.info. <https://doi.org/10.3406/polix.2004.1630>
- Bodin, D., Héas, S., & Robène, L. (2004). Les goûts sportifs : Entre distinction et pratique électorale raisonnée. *Sociologie et sociétés*, 36(1), 187-207.
<https://doi.org/10.7202/009588ar>
- Bois, J. (2003). *Socialisation de l'activité physique et des perceptions de compétence sportive : Le rôle des parents chez l'enfant et le préadolescent* [Thèse de doctorat, Université Joseph Fourier]. <http://www.theses.fr/2003GRE10094>
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 26(1), 205-233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>
- Booth, S. L., Sallis, J. F., Ritenbaugh, C., Hill, J. O., Birch, L. L., Frank, L. D., Glanz, K., Himmelgreen, D. A., Mudd, M., Popkin, B. M., Rickard, K. A., Jeor, S. St., & Hays, N. P. (2009). Environmental and Societal Factors Affect Food Choice and Physical Activity : Rationale, Influences, and Leverage Points. *Nutrition Reviews*, 59(3), S21-S36.
<https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2001.tb06983.x>

- Bordet, J. (2016). Les jeunes des quartiers populaires : Affirmer « être musulman », en réaction à la stigmatisation, dans un contexte de mondialisation. *Topique*, 137(4), 69-82. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/top.137.0069>
- Bourdieu, P. (1966). L'école conservatrice. Les inégalités devant l'école et devant la culture. *Revue française de sociologie*, 7(3), 325-347. <https://doi.org/10.2307/3319132>
- Bourdieu, P. (1977). Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 14(1), 51-54. <https://doi.org/10.3406/arss.1977.2554>
- Bourdieu, P. (1978). Sport and social class. *Information (International Social Science Council)*, 17(6), 819-840. <https://doi.org/10.1177/053901847801700603>
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement* (Éditions de Minuit).
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique* (Les éditions de Minuit).
- Bourdieu, P. (1993). À propos de la famille comme catégorie réalisée. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 100(1), 32-36. <https://doi.org/10.3406/arss.1993.3070>
- Bourdieu, P., Accardo, A., & Balazs, G. (1993). *La misère du monde* (Seuil).
- Bourdon, D., Noyé, C., Fayman, S., & Lelévrier, C. (2012). *La rénovation urbaine : Pour qui ? Contributions à l'analyse des mobilités résidentielles*. Documentation française.
- Bricard, D., Jusot, F., & Tubeuf, S. (2010). *Lifestyles : A Channel of Intergenerational Transmission of Health Inequalities*. 154, 1 à 6.
- Cachard, J. (2020). Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : Quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ? *Revue française des affaires sociales*, 1, 143-165. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0143>
- Cahnman, W. J. (1968). The Stigma of Obesity. *The Sociological Quarterly*, 9(3), 283-299. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1968.tb01121.x>

- Caillaud, S., & Flick, U. (2016). Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. In *Les représentations sociales* (De Boeck, p. 227-238).
- Caillavet, F., Darmon, N., Lhuissier, A., & Régnier, F. (2005). *L'alimentation des populations défavorisées en France. Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel* (Les Travaux de l'Observatoire, p. 279-322). Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.
- Cambois, E., & Jusot, F. (2007). Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : Une revue des études comparatives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2(3).
- Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D., & Wardle, J. (2005). Parental perceptions of overweight in 3–5 years olds. *International Journal of Obesity*, 29(4), 353-355.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802889>
- Carver, A., Timperio, A., Hesketh, K., & Crawford, D. (2010). Are children and adolescents less active if parents restrict their physical activity and active transport due to perceived risk? *Social Science & Medicine*, 70(11), 1799-1805.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.010>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness : Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Cayouette-Rembrière, J. (2015). De l'hétérogénéité des classes populaires (et de ce que l'on peut en faire). *Sociologie*, 6(4), 1-32. <https://doi.org/10.3917/socio.064.0377>
- Cesarino, G., Demierre, A., Humbert, F., Rivas, A. M., Ravash, R., & Rocci, A. (2008). *Enfant et environnement « obésogène »* (p. 37). Haute école de santé.

- Chanez, A. (2007). *Vers une théorisation de la transmission intergénérationnelle : Analyse comparative des aînées et descendants de deux familles québécoises*. [Mémoire pour l'obtention de la maîtrise en sociologie]. Québec.
- Chardon, O., Guignon, N., & Saint-Pol, T. de. (2015). *La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : Des inégalités sociales dès le plus jeune âge* (N° 0920; Etudes & Résultats, p. 6). Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
- Charles, M.-A. (2007). Épidémiologie de l'obésité infantile : Le passé, le présent, l'avenir. *mt pédiatrie*, 10(6), 360-364. <https://doi.org/10.1684/mtp.2007.0133>
- Chauliac, M. (2015). Le Programme national nutrition santé : Conception, stratégies, mise en œuvre, impacts. *Les Tribunes de la santé*, 49(4), 29-39. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/seve.049.0029>
- Chibane, S. R., & Zireg, S. (2016, novembre). Modes de vie et prévalence de l'obésité et du surpoids chez une population d'enfants scolarisés et leurs parents en milieux urbain, périurbain et rural dans la Commune d'Oum El Bouaghi à l'Est d'Algérie. *12ème Colloque international francophone des villes et villages en santé et des Villes-Santé de l'OMS Agir ensemble : 30 ans d'action vers des communautés en santé*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01881406>
- Chiolo, A., Lasserre, A. M., Paccaud, F., & Bovet, P. (2007). L'obésité chez les enfants : Définition, conséquences et prévalence. *Revue médicale suisse*, 3(111), 1262-1269.
- Choquet, M., Ciancioni, C., & Gasquet, I. (1998). *Des soins spécifiques à l'adolescence ?* (Les Actes. Fondation santé des étudiants de France). INSERM.

- Choquet, M., & Lagadic, C. (2000). 13. La santé des adolescents. In *Les inégalités sociales de santé* (p. 207-222). La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-p-207.htm>
- Christensen, P., & James, A. (2008). *Research with children : Perspectives and practices* (Routledge).
- Cole, T. J. (1993). The use and construction of anthropometric growth reference standards. *Nutrition Research Reviews*, 6(1), 19-50. <https://doi.org/10.1079/NRR19930005>
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : International survey. *Bmj*, 320(7244), 1240.
- Cole, T. J., & Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 7(4), 284-294. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x>
- Corbeau, J.-P. (2005). Évolution des modes de vie et des trajectoires sociales d'obésité chez les jeunes enfants. *Enfances & Psy*, 27(2), 17-23. <https://doi.org/10.3917/ep.027.0017>
- Correia, J., Pataky, Z., & Golay, A. (2014). Comprendre l'obésité en Afrique : Poids du développement et des représentations. *Revue Médicale Suisse*, 10, 712-716.
- Coudronnière, C., Bacro, F., Guimard, P., & Florin, A. (2015). Quelle conception de la qualité de vie et du bien-être chez des enfants de 5 à 11 ans ? *Enfance*, 2(2), 225-243. Cairn.info. <https://doi.org/10.4074/S0013754515002049>
- Court, M. (2017). *Sociologie des enfants*. La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/sociologie-des-enfants--9782707187864.htm>

- Court, M., & Henri-Panabière, G. (2012). La socialisation culturelle au sein de la famille : Le rôle des frères et sœurs. *Revue française de pédagogie*, 179(2), 5-16. Cairn.info.
<https://doi.org/10.4000/rfp.3641>
- Cresson, G. (1995). *Le travail domestique de santé* (L'Harmattan, Vol. 8).
<http://www.erudit.org/en/journals/rf/1995-v8-n2-rf1652/057858ar/abstract/>
- Cresson, G. (2006). La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Recherches familiales*, 3(1), 6-15.
Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rf.003.0006>
- Croquette, E. (2004). Les sportives de haut niveau d'origine nord africaine : Type d'investissement sportif, cadres de socialisation et configurations familiales. *Staps*, 66(4), 179-193. <https://doi.org/10.3917/sta.066.0179>
- Czaplicki, G., Donio, V., Nossereau, C., Fikojevic, M., & Richard, D. (2016). « Bouge ta santé à Clichy-sous-Bois » : Une approche intersectorielle de l'activité physique. *Santé Publique*, S1(HS), 175-178. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0175>
- Damon, J. (2006). La pensée de... - Max Weber (1864—1920). *Informations sociales*, 133(5), 97-97. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/inso.133.0097>
- Daréoux, É. (2007). Des stéréotypes de genre omniprésents dans l'éducation des enfants. *Empan*, n° 65(1), 89-95.
- Darmon, M. (2001). La socialisation, entre famille et école. Observation d'une classe de première année de maternelle. *Sociétés & Représentations*, 11(1), 515-538.
Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sr.011.0515>
- Darmon, M. (2007). *La socialisation* (Armand Colin).

- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight : A contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*, 2(3), 159-171.
<https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x>
- de Batz, C., Faucon, F., & Voynet, D. (2016). *Évaluation du PNNS 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013*. (p. 155). Inspection générale des affaires sociales.
- Déchaux, J.-H. (2009). *Sociologie de la famille*. La Découverte; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/sociologie-de-la-famille--9782707158031.htm>
- Defrance, J. (2011). *Sociologie du sport: Vol. 6e éd.* La Découverte; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/sociologie-du-sport--9782707169501.htm>
- Deguilhem, P., & Juanico, R. (2016). *Promouvoir l'activité physique et sportive pour tous et tout au long de la vie : Des enjeux partagés dans et hors de l'école*. (p. 196) [Rapport au premier ministre Manuel Valls].
- Deheeger, M., Rolland-Cachera, M., & Fontvieille, A. (1997). Physical activity and body composition in 10 year old French children : Linkages with nutritional intake? *International Journal of Obesity*, 21(5), 372-379.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800415>
- Delalande, J. (2006). La cour d'école. Un espace à conquérir par les enfants. *Enfances & Psy*, 33(4), 15-19. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.033.0015>
- Delcroix, C. (2021). Immigrant families in France and their experience of professionals' prejudice against their children. *Contemporary Social Science*, 1-14.
- Dempsey, J. M., Kimiecik, J. C., & Horn, T. S. (1993). Parental Influence on Children's Moderate to Vigorous Physical Activity Participation : An Expectancy-Value Approach. *Pediatric Exercise Science*, 5(2), 151-167. <https://doi.org/10.1123/pes.5.2.151>

- Dériot, G. (2005). *Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité* (p. 228). Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.
- de Saint Pol, T. (2010). *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leurs poids*. (Presses Universitaires de France).
- de Saint Pol, T. (2013). Obésité, normes et inégalités sociales. *Le Journal des psychologues*, 311(8), 19-22. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jdp.311.0019>
- de Singly, F. (2018). Le singulier et le pluriel de la famille. In *La Famille dans tous ses états* (p. 29-41). Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-famille-dans-tous-ses-etats--9782361064891-p-29.htm>
- Deslandes, R., & Bertrand, R. (2004). Motivation des parents à participer au suivi scolaire de leur enfant au primaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 30(2), 411-433. <https://doi.org/10.7202/012675ar>
- Détrez, C. (2002). *La construction sociale du corps*. Éditions du Seuil.
- Diasio, N. (2014). Alimentation, corps et transmission familiale à l'adolescence. *Recherches familiales*, 11(1), 31-41. <https://doi.org/10.3917/rf.011.0031>
- Dietz, W. H. (1996). The role of lifestyle in health : The epidemiology and consequences of inactivity. *Proceedings of the Nutrition Society*, 55(03), 829-840. <https://doi.org/10.1079/PNS19960082>
- Dorvil, H., & Mayer, R. (2003). *Problèmes sociaux—Tome I - Théories et méthodologies* (Vol. 1). Presses de l'Université du Québec.
- Drohse, P. (2009). Stratégies politiques de prévention contre l'obésité en Allemagne. *La recherche sur l'obésité en Allemagne défi scientifique et enjeu de santé publique*, 25-27.

- Dubar, C. (2010). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation: Vol. 4e éd.* Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-crise-des-identites--9782130583653.htm>
- Dubern, B. (2007). Contributions respectives de la génétique et de l'environnement dans la genèse de l'obésité infantile. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*, 10(6), 351-359.
- Dubois, F., & Amans-Passaga, C. (2017). EPS à l'école primaire et éducation à la santé : Le positionnement des éducateurs territoriaux des APS. *Staps*, 116(2), 27-41. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sta.116.0027>
- Dubrueil, N. (2019). *La relation patients-soignants dans le cadre de la consultation médicale de prise en charge des patients adultes en situations d'obésités en France : L'analyse de la « grossophobie médicale »* [Mémoire de fin d'étude Master 2 éthique du soin et recherche (philosophie, médecine, droit)]. Université de Toulouse.
- Durkheim, É. (1922). *Éducation et sociologie* (Librairie Félix Alcan).
- Enquête ObÉpi. (2012). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité* (p. 60). INSERM / TNS Healthcare Sofres / Roche.
- Epstein, J. (2001). *School, Family, and Community Partnerships : Preparing Educators and Improving Schools* (Avalon Publishing).
- Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. (2017). *Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban). 2014-2016.* (p. 42) [Volet Nutrition. Chapitre Corpulence.]. Santé publique France.
- Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T., & Leclerc, A. (2000). *Les inégalités sociales de santé.* La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475.htm>

- Fassin, D., & Memmi, D. (2004). *Le gouvernement des corps* (de l'école des hautes études en sciences sociales). Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-politix-2006-2-page-199.htm>
- Favier-Ambrosini, B., & Delalandre, M. (2018). Les réseaux Sport Santé Bien-être : Un gouvernement par le chiffre. *Terrains & travaux*, 32(1), 81-106. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/tt.032.0081>
- Fernandez, D., Kochanowski, J., & Imbert, F. (2007). *Inégalité sociale des enfants face au surpoids en Alsace : Données de la visite médicale d'admission en école élémentaire, France, 2001-2002*. 20-23.
- Feur, E., Michaud, C., Boucher, J., Gerbouin-Rerolle, P., Leynaud-Rouaud, C., Chateil, S., Gourdon, M., & Ledésert, B. (2003). Obésité des adolescents dans trois départements français : Modes de vie, précarité et restauration scolaire. *Numéro thématique la surveillance nutritionnelle en France, 18-19*, 73-88.
- Fezeu, L., Minkoulou, E., Balkau, B., Kengne, A.-P., Awah, P., Unwin, N., Alberti, G. K. M. M., & Mbanja, J.-C. (2006). Association between socioeconomic status and adiposity in urban Cameroon. *International Journal of Epidemiology*, 35(1), 105-111. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi214>
- Freedson, P. S., & Evenson, S. (1991). Familial Aggregation in Physical Activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62(4), 384-389. <https://doi.org/10.1080/02701367.1991.10607538>
- Furstenberg, F. (2001). Managing to make it. *Journal of Family Issues*, 22(2), 150-162.
- Gasparini, W. (2005). Sport, pouvoir local et démocratie participative en Alsace. *Espaces et sociétés*, 123(4), 53-67. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/esp.123.0053>

Gasparini, W. (2010). Les champions des cités : Parcours migratoires et effets de quartier.

Hommes & migrations, 1285, 108-123.

<https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.1186>

Gasparini, W. (2015). Pratiques sportives et effets de quartier. In G. Vieille Marchiset & B.

Coignet, *Clubs sportifs en banlieue : Des innovations sociales à l'épreuve du terrain*.

(Presses Universitaires de Strasbourg, p. 175).

Gasparini, W., & Knobé, S. (2015). *Sport sur ordonnance : L'expérience strasbourgeoise sous*

l'œil des sociologues. 187(1), 47-53.

Gasparini, W., & Knobé, S. (2021). *Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux*.

Presses Universitaires de Strasbourg.

Gasparini, W., & Koebel, M. (2015). Pratiques et organisations sportives : Pour un

comparatisme réflexif. *Sciences sociales et sport*, 8(1), 9-19. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/rsss.008.0009>

Gasparini, W., & Vieille Marchiset, G. (2008). La diversité de pratiques sportives dans les

quartiers populaires : Entre l'associatif et l'auto-organisé. In *Le sport dans les quartiers* (p. 59-104). Presses Universitaires de France; Cairn.info.

<https://www.cairn.info/le-sport-dans-les-quartiers--9782130569718-p-59.htm>

Gasparini, W., & Vieille Marchiset, G. (2015). *Le sport dans les quartiers : Pratiques sociales*

et politiques publiques. Presses Universitaires de France.

<https://doi.org/10.3917/puf.gasp.2008.01>

Gelly, M., & Pitti, L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et

pratiques de soins. *Agone*, 58(1), 7-18. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>

- Génolini, J.-P., & Clément, J.-P. (2010). Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sciences sociales et sport*, 3(1), 133-156. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/rsss.003.0133>
- Gérin, C., Guillemot, P., Bayat, M., André, A. M., Daniel, V., & Rochcongar, P. (2015). Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. *Science & Sports*, 30(2), 66-73.
<https://doi.org/10.1016/j.scispo.2013.12.006>
- Gerrer, E., Husson, C., & Burin Chu, S. (2017). *Le sport se cache derrière votre quartier... Trouver, bouger et amusez-vous !!!* Travail d'études de première année de Master STAPS - Activités physiques adaptées et santé - _ Ingénierie et développement, Strasbourg.
- Ghouili Hatem. (2012). *Construction des courbes centiles seuils de classements des statuts nutritionnels à partir d'échantillon des enfants âgés de 2 à 15 ans de la région du Kef* [Mémoire pour l'obtention du diplôme de Master en STAPS option physiologie et biomécanique de l'exercice, Université de Jendouba].
<https://doi.org/10.13140/2.1.1614.4164>
- Ginioux, C., Grousset, J., Mestari, S., & Ruiz, F. M. M. (2006). Prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent scolarisés en Seine Saint-Denis. *Santé Publique*, 18(3), 389-400. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.063.0389>
- Glevarec, H. (2010). *La culture de la chambre*. Ministère de la Culture - DEPS; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/la-culture-de-la-chambre--9782110975409.htm>
- Gojard, S. (2000). L'alimentation dans la prime enfance : Diffusion et réception des normes de puériculture. *Revue Française de Sociologie*, 41(3), 475-512.
<https://doi.org/10.2307/3322542>

- Graham, H. (1984). *Women, health, and the family* (Harvester Press).
- Grassler, M. (2017). *Transmettre le goût de l'activité physique dans les quartiers populaires. L'exemple des parents et des enfants en situation de surpoids ou d'obésité dans un quartier de Strasbourg*. [Mémoire pour l'obtention du Master STAPS mention Activités Physiques Adaptées et Santé - Ingénierie et Développement]. Strasbourg.
- Grassler, M., Knobé, S., & Gasparini, W. (2019a). Contrôle du poids des enfants et activité physique dans un quartier populaire strasbourgeois : Modèles familiaux et recommandations de santé publique. *Enfances, Familles, Générations*, 33. <https://doi.org/10.7202/1067812ar>
- Grassler, M., Knobé, S., & Gasparini, W. (2019b). 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 - Science & Motricité*. <https://doi.org/10.1051/sm/2019002>
- Grignon, C., & Grignon, C. (1980). Styles d'alimentation et goûts populaires. *Revue Française de Sociologie*, 21(4), 531. <https://doi.org/10.2307/3320833>
- Guenichet, K., Isaac, P., Samara-Boustani, D., Dabbasa, M., Caron, V., & PolalC, M. (2008). À propos du fonctionnement psychique de jeunes filles obèses depuis l'enfance. *Le poids du difficile traitement psychique de la perte*. 14, 155-187.
- Guérandel, C. (2017). Une nouvelle catégorie des politiques d'« intégration par le sport » : Les « filles de cités ». *Sciences sociales et sport*, 10(1), 79-111. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsss.010.0079>
- Guérandel, C., & Court, M. (2010). *Corps de filles, corps de garçons : Une construction sociale* (La Dispute).

- Guignon, N., Collet, M., Gonzalez, L., de Saint Pol, T., Guthmann, J.-P., & Fonteneau, L. (2010). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Études et résultats*, 737, 1-8.
- Guinhouya, B. C., Apété, G. K., Zitouni, D., Lemdani, M., Vilhelm, C., Durocher, A., & Hubert, H. (2010). Une méthode alternative pour caractériser l'environnement « obésogénique » de l'enfant. Pertinence d'une analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM). *Santé Publique*, 22(2), 165-179.
<https://doi.org/10.3917/spub.102.0165>
- Gusfield, J. (2009). *La Culture des problèmes publics. L'alcool au volant : La production d'un ordre symbolique* (Economica). Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2009-4-page-77.htm>
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2019). Global trends in insufficient physical activity among adolescents : A pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 1-13.
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2)
- Hamel, J. (1997). *Études de cas et sciences sociales*. L'Harmattan. https://www.editions-harmattan.fr/index_harmattan.asp?navig=catalogue&obj=livre&razSqlClone=1&no=7444
- HAS. (2011). *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent* (Recommandation de bonne pratique, p. 34) [Rapport public].
- HAS. (2013a). *Critères de qualité : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent : Repérage*. HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles.
- HAS. (2013b). *Critères de qualité : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent : Suivi*. HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles.

- Hercberg, S. (2006). *Éléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France*. (p. 282). Programme National Nutrition Santé.
- Hoggart, R. (1970). *La culture du pauvre : Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*. Les Éditions de Minuit.
- Honta, M., Basson, J.-C., Jakšić, M., & Le Noé, O. (2018). Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé. *Terrains & travaux*, 32(1), 5-29. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/tt.032.0005>
- Hoover-Dempsey, K. V., & Sandler, H. M. (1995). Parental involvement in children's education : Why does it make a difference? *Teachers College Record*, 97(2), 310-331.
- Hoover-Dempsey, K. V., & Sandler, H. M. (1997). Why Do Parents Become Involved in Their Children's Education? *Review of Educational Research Spring*, 67(1), 3-42.
- Humain-Lamoure, A.-L. (2007). Le quartier comme objet en géographie. In J.-Y. Authier, M.-H. Bacqué, & F. Guérin-Pace, *Le quartier. Enjeux scientifiques, actions politiques et pratiques sociales* (La Découverte, p. 41-51).
- Imbert, F. (2017). *La santé des enfants scolarisés en classes de 6ème dans les établissements publics d'Alsace en 2014-2016* (p. 4). ARS Grand Est.
- INSERM. (2000). *Obésité : Dépistage et prévention chez l'enfant* (Expertise collective, p. 329) [Rapport public]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000303/index.shtml>
- INSERM. (2014). *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique* (p. 731) [Expertise collective]. INSERM.

http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/expcol_2014_inegalites-sociales.pdf?sequence=1

Jabot, F., Roué Le Gall, A., Dardier, G., Oberlé, M., Lemaire, N., Romagon, J., & Schauder, N. (2017). *Évaluation des impacts sur la santé du projet d'aménagement du quartier de Port du Rhin* (p. 161). École des hautes études en santé publique.

Jacolin-Nackaerts, M., & Clément, J. P. (2008). La lutte contre l'obésité à l'école : Entre biopouvoir et individuation. *Lien social et Politiques*, 59, 47-60.
<https://doi.org/10.7202/018813ar>

Jacques-Jouvenot, D., & Vieille Marchiset, G. (2012). *Socio-anthropologie de la transmission* (L'Harmattan). <https://livre.fnac.com/a5101632/Dominique-Jacques-Jouvenot-Socio-anthropologie-de-la-transmission>

Jago, R., Fox, K. R., Page, A. S., Brockman, R., & Thompson, J. L. (2010). Parent and child physical activity and sedentary time : Do active parents foster active children? *BMC Public Health*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-194>

Jourdain, A., & Naulin, S. (2011). Héritage et transmission dans la sociologie de Pierre Bourdieu. *Idées économiques et sociales*, 166(4), 6-14. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/idee.166.0006>

Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M.-L., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C., & Glanddier, P. Y. (2002). Éducation à la santé à l'école : Pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé Publique*, 14(4), 403-423. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.024.0403>

Jovelin, E. (2009). Sociologie de la femme voilée. Du voile hérité au voile révélé. *Pensée plurielle*, 21(2), 113-125. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/pp.021.0113>

- Julia, C., & Hercberg, S. (2016). *Épidémiologie de l'obésité en France*. 83(1), 2-5.
<https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2015.12.001>
- Julia, C., Salanave, B., Binard, K., Deschamps, V., Vernay, M., & Castetbon, K. (2010). Biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France : Effets sur l'estimation des prévalences du surpoids et de l'obésité. *BEH*, 8, 69-72.
- Kammerer, L. (2011). *Étude des facteurs de risque d'obésité chez l'enfant de moins de 6 ans en Moselle Est. Proposition d'un outil de dépistage des facteurs de risque lors du rebond d'adiposité précoce pour le médecin généraliste* [Thèse de doctorat en médecine]. Université Henri Poincaré.
- Keppens, D. (2013). Réappropriations et transmissions familiales des discours médicaux sur l'alimentation des enfants. Analyse comparative obésité et diabète de type 1. In T. Depecker, A. Lhuissier, & A. Maurice, *La juste mesure. Une sociologie historique des normes alimentaires* (Presses Universitaires de Rennes, p. 293-316).
- Khmailia, M., Mikulovic, J., & Bui-Xuân, G. (2011). Une approche singulière de l'évaluation des niveaux d'intégration sociale des femmes arabo-musulmanes issues de l'immigration maghrébine en France : Corps, sport et analyse conative. *Staps*, 94(4), 39-61. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sta.094.0039>
- Knobé, S. (2020). Des formes différenciées de réception d'actions de prévention de l'obésité. L'exemple d'un programme de sport-santé à destination d'étudiants obèses. *Revue française des affaires sociales*, 3, 51-67. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/rfas.203.0051>
- Krais, B. (2006). 6. La société moderne et ses classes : L'espace social chez Bourdieu. In *Pierre Bourdieu, théorie et pratique* (p. 127-145). La Découverte; Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/dec.colli.2006.01.0127>

- Lagrange, H. (2010a). *Le déni des cultures* (Seuil).
- Lagrange, H. (2010b). Réussite scolaire et conduites adolescentes : Origine culturelle, mixité et capital social. *Sociétés contemporaines*, 80(4), 73-111. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/soco.080.0073>
- Lahire, B. (2001). Héritages sexués : Incorporation des habitudes et des croyances. In T. Blöss (Éd.), *La Dialectique des rapports hommes-femmes* (p. 9-25). Presses Universitaires de France. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00971626>
- Lahire, B. (2009). Entre sociologie de la consommation culturelle et sociologie de la réception culturelle. *Idées économiques et sociales*, 155(1), 6-11.
<https://doi.org/10.3917/idee.155.0006>
- Lahire, B. (2013). *Dans les plis singuliers du social : Individus, institutions, socialisations*. La découverte.
- Lahire, B. (2019). *Enfances de classe : De l'inégalité parmi les enfants* (Seuil).
- L'Allemand, D., Farpour-Lambert, N., Isenschmid, B., & Laimbacher, J. (2014). La prise en charge globale des enfants en surpoids d'après le nouveau modèle Suisse. *Bulletin des Médecins Suisses*, 95(44), 1640-1642. <https://doi.org/10.4414/bms.2014.03089>
- Langlois, J., Omorou, A. Y., Vuillemin, A., Lecomte, E., & Briançon, S. (2016). Participation d'adolescents en surpoids de milieu défavorisé à une intervention de promotion de l'activité physique à l'école. *Santé Publique*, S1(HS), 135-139.
<https://doi.org/10.3917/spub.160.0135>
- Lavallée, M., Garnier, C., Quesnel, M., Marchildon, A., & Bouchard, L. (2004). Les représentations sociales de l'alimentation : Convergences et divergences entre enfants, parents et enseignants. *Revue de l'Université de Moncton*, 35(2), 101.
<https://doi.org/10.7202/010645ar>

- Le Breton, D. (2016). *La sociologie du corps*. Presses Universitaires de France.
- <https://www.cairn.info/la-sociologie-du-corps--9782130571384.htm>
- Le Pape, M.-C. (2009). Être parent dans les milieux populaires : Entre valeurs familiales traditionnelles et nouvelles normes éducatives. *Informations sociales*, 154(4), 88-95.
- <https://doi.org/10.3917/inso.154.0088>
- Le Pape, M.-C., & Plessz, M. (2017). C'est l'heure du petit-déjeuner ? Rythme des repas, incorporation et classe sociale. *L'Année sociologique*, 67(1), 73-106. Cairn.info.
- <https://doi.org/10.3917/anso.171.0073>
- Lebatard, C. (1999). La famille, lieu de transmission. *La transmission entre les générations un enjeu de société*, 31-42.
- Lefebvre, B. (2010). *La construction d'un nouveau territoire professionnel en activité physique dans les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (reppop)* [PhD Thesis]. Université Claude Bernard-Lyon I.
- Lefèvre, L. (2019). *Obésité adolescente et expérience corporelle en EPS : entre agir et subir les contraintes normatives* [STAPS mention Sciences Sociales du Sport]. Strasbourg.
- Lefèvre, L., & Marsault, C. (2021). Les dégagements silencieux des adolescents obèses à l'épreuve des normes corporelles en Éducation physique. *SociologieS*, 1-38.
- Lemelin, L., Gallagher, F., & Haggerty, J. (2013). Représentations sociales parentales du poids et des habitudes de vie des enfants âgés de 4-5 ans. *Recherche en soins infirmiers*, 114(3), 58-71. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.114.0058>
- Lemelin, L., Haggerty, J., & Gallagher, F. (2013). Comparaison de trois systèmes de classification du poids de l'enfant d'âge préscolaire d'une région québécoise. *Santé Publique*, 25(5), 571-578. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.135.0571>
- Lepoutre, D. (1997). *Cœur de banlieue. Codes, rites et langages* (Odile Jacob).

- Les adolescents et le sport. (2018). In G. Truchot & H. Canneva (Éds.), *Les adolescents et le sport*. INSEP-Éditions. <http://books.openedition.org/insep/584>
- Lhuissier, A. (2006). Éducation alimentaire en milieu populaire : Des normes en concurrence. *Journal des anthropologues*, 106-107, 61-76. <https://doi.org/10.4000/jda.1258>
- Lioret, S., Maire, B., Volatier, J.-L., & Charles, M.-A. (2007). Child overweight in France and its relationship with physical activity, sedentary behaviour and socioeconomic status. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(4), 509-516. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602538>
- Lizé, W., & Roueff, O. (2010). La fabrique des goûts. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 181-182(1-2), 4-11. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/arss.181.0004>
- Lobstein, T. (2017). Prévalence et tendances mondiales. In *Le livre électronique (eBook) de l'ECOG sur l'obésité des enfants et des adolescents* (M. L. Frelut, p. 13). ebook.ecog-obesity.eu
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people : A crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5(s1), 4-85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2004.00133.x>
- Lombrail, P., & Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 8(3), 31-39. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/seve.008.39>
- Lopez, R. P. (2007). Neighborhood risk factors for obesity. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 15(8), 2111-2119. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.251>
- Loux, F. (1978). *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle* (Flammarion). https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1982_num_37_2_17351

- Lutrat, F., & Gasparini, W. (2021). Sport sur ordonnance : De la prescription à l'engagement des bénéficiaires atteints d'une maladie chronique. *Santé Publique*, 33(2), 221-231. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.212.0221>
- Lutz, A. (2017). Les économies morales de l'obésité de l'enfant : Analyse d'un nouveau champ clinique. *Anthropologie et Santé*, 14, 1-20. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2617>
- Lutz, A. (2018a). 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 santé*, 36(3), 69-92. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sss.363.0069>
- Lutz, A. (2018b). Le poids de la position sociale : Les trajectoires inégales de santé des enfants avec un diagnostic de surpoids ou d'obésité. *Swiss Journal of Sociology*, 44(2), 217-238. <https://doi.org/10.1515/sjs-2018-0010>
- Maison Sport Santé. (2020). *Rapport d'activité 2020 PRECCOSS* (p. 74). Maison Sport Santé.
- Marantz, P. R. (2010). Rethinking Dietary Guidelines. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 50(sup1), 17-18. <https://doi.org/10.1080/10408398.2010.526846>
- Marcellini, A., Perera, É., Rodhain, A., & Férez, S. (2016). Rapport au corps et engagement dans les activités physiques chez les personnes en situation d'obésité. *Santé Publique*, 51(HS), 117-125. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0117>
- Maresca, B. (2017). Mode de vie : De quoi parle-t-on ? Peut-on le transformer ? *La Pensée écologique*, 1(1), 233-251. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/lpe.001.0233>
- Martín-Criado, E. (2015). L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de famille des classes populaires. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 208(3), 74-87. <https://doi.org/10.3917/arss.208.0074>

- Mauger, G., & Pouly, M.-P. (2019). Enquêter en milieu populaire. Une étude des échanges symboliques entre classes sociales. *Sociologie*, 10(1), 37-54. Cairn.info.
- Maurice, A. (2013). L'éducation alimentaire en collège à l'épreuve de l'histoire familiale des élèves. *Recherches familiales*, 10(1), 127-137. <https://doi.org/10.3917/rf.010.0127>
- Maurice, A. (2015). Manger à la maison sous le poids des normes. Les négociations familiales autour de l'alimentation. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 37(1), 114-136. <https://doi.org/10.3917/rief.037.0115>
- Megherbi, D. (2016). Profils socio-économiques des pratiquants d'activités physiques et sportives. In *La pratique des activités physiques et sportives en France. Résultats de l'enquête menée en 2010 par le ministère en charge des Sports et l'Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance*. (p. 21-32). INSEP-Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.insep.796>
- MEN. (2002). *Politique de santé en faveur des élèves* (Bulletin officiel Éducation Nationale N° 18). <https://www.education.gouv.fr/botexte/bo020502/MENE0201020C.htm>
- Mennesson, C. (2011). Socialisation familiale et investissement des filles et des garçons dans les pratiques culturelles et sportives associatives. *Réseaux*, 168-169(4-5), 87-110. <https://doi.org/10.3917/res.168.0087>
- Mennesson, C., Bertrand, J., & Court, M. (2016). Forger sa volonté ou s'exprimer : Les usages socialement différenciés des pratiques physiques et sportives enfantines. *Sociologie*, 7(4), 393-412. Cairn.info.
- Mercklé, P., & Octobre, S. (2015). Les enquêtés mentent-ils ? Incohérences de réponse et illusion biographique dans une enquête longitudinale sur les loisirs des adolescents. *Revue française de sociologie*, 56(3), 561. <https://doi.org/10.3917/rfs.563.0561>

Merlaud, F. (2014). *La médecine de l'obésité en France. Sociologie des engagements experts dans la normalisation de la corpulence*. Université Toulouse III Paul Sabatier.

Merlaud, F., & Terral, P. (2016). Lutte contre l'obésité par l'activité physique et fondements du consensus fragile entre experts, The fight against obesity by physical activity and the foundations of an expert consensus. *Santé Publique*, *S1(HS)*, 33-40.

<https://doi.org/10.3917/spub.160.0033>

Michaud, P.-A., Alvin, P., Deschamps, J.-P., Frappier, J.-Y., Marcil, D., & Tursz, A. (1997). *La santé des adolescents : Approches, soins, prévention*. Doin Éditions.

https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB_1702

Mingat, A. (1991). Expliquer la variété des acquisitions au cours préparatoire : Les rôles de l'enfant, la famille et l'école. *Revue française de pédagogie*, *95(1)*, 47-63.

<https://doi.org/10.3406/rfp.1991.1355>

Mondésir, H. (2019). *L'accessibilité à pied aux équipements dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville* (p. 54 à 69). Observatoire national de la politique de la ville.

Monneuse, D. (2010). *La transmission intergénérationnelle. État des lieux des savoirs*.

<http://bit.ly/2nqvvpjg>

Moriau, J. (2017). Comment naissent les problèmes sociaux ? *Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique (CBSC)*.

Mutzig, N. (2017). *Parentalité et prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse. Étude qualitative auprès de 17 familles strasbourgeoises bénéficiaires du dispositif Preccoss* [Thèse présentée pour le diplôme de docteur en médecine]. Strasbourg.

Mutzig, N., Demenus, A.-V., Ringenbach, S., Colle, J., Liehn, G., Lix, C., Ulrich, V., Druart, M., & Khettab, S. (2018). *Rapport d'activité 2018 PRECCOSS* (p. 64). Service promotion de la santé de la personne.

Mutzig, N., Demenus, A.-V., Ringenbach, S., Colle, J., Liehn, G., Lix, C., Ulrich, V., Druart, M., & Khettab, S. (2019). *Rapport d'activité 2019 PRECCOSS* (p. 64). Service promotion de la santé de la personne.

Neshteruk, C. D., Jones, D. J., Skinner, A., Ammerman, A., Tate, D. F., & Ward, D. S. (2020). Understanding the Role of Fathers in Children's Physical Activity : A Qualitative Study. *Journal of Physical Activity & Health, 17*(5), 540-547.
<https://doi.org/10.1123/jpah.2019-0386>

Noûs, C. (2019). Covid-19, la guerre et les quartiers populaires. *Sociétés contemporaines, 116*(4), 187-201. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/soco.116.0187>

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. (2002). *Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002*. La Documentation française.

O'Connor, T. M., Jago, R., & Baranowski, T. (2009). Engaging parents to increase youth physical activity a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 37*(2), 141-149. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.04.020>

Octobre, S. (2004). *Les loisirs culturels des 6-14 ans*. Ministère de la Culture - DEPS; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-loisirs-culturels-des-6-14-ans--9782110054807.htm>

Octobre, S., Détrez, C., Mercklé, P., & Berthomier, N. (2010). *L'enfance des loisirs. Trajectoires communes et parcours individuels de la fin de l'enfance à la grande adolescence*. Ministère de la Culture - DEPS; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-enfance-des-loisirs--9782110975454.htm>

- Octobre, S., & Jauneau, Y. (2008). Tels parents, tels enfants ? : Une approche de la transmission culturelle. *Revue française de sociologie*, 49(4), 695 à 722.
<https://doi.org/10.3917/rfs.494.0695>
- Ohl, F. (2004). Goût et culture de masse : L'exemple du sport. *Sociologie et sociétés*, 36(1), 209-228. <https://doi.org/10.7202/009589ar>
- Omorou, A. Y., Manneville, F., Langlois, J., Legrand, K., Böhme, P., Muller, L., Guillemin, F., Briançon, S., & Lecomte, E. (2020). Physical activity rather than sedentary behaviour is socially determined in French adolescents with overweight and obesity. *Preventive Medicine*, 134, 1-24.
- OMS bureau régional de l'Europe. (2014). *Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020* (p. 27). Comité régional de l'Europe.
- ONAPS. (2020). *Activité physique et sédentarité de l'enfant et de l'adolescent. Nouvel état des lieux en France*. (p. 54).
- Orange, S., Renard, F., & Aouani, S. (2019). Les ressources de la proximité. *Revue française des affaires sociales*, 2, 167-189. <https://doi.org/10.3917/rfas.192.0167>
- ORS Grand-Est. (2018). *La santé des enfants scolarisés en classes de 6ème dans les établissements publics d'Alsace*. (p. 90). Observatoire régional de la santé.
- Pan Ké Shon, J.-L. (2005). La représentation des habitants dans leur quartier : Entre bien-être et repli. *Économie et statistique*, 386, 1-36.
- Pan Ké Shon, J.-L. (2009). L'émergence du sentiment d'insécurité en quartiers défavorisés : Dépassement du seuil de tolérance... aux étrangers ou à la misère ? *Espace populations sociétés*, 2009/1, 105-117. <https://doi.org/10.4000/eps.3602>
- Papon, F. (2009). *Les modes actifs : Marche et vélo de retour en ville*. 17.

- Parmantier, C. (2015). Footballeuses et musulmanes : Des transgressions négociées. *Migrations Société*, 157(1), 33-50. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/migra.157.0033>
- Passeron, J.-C., & Pedler, E. (2009). Du musée aux tableaux. *Idées économiques et sociales*, N° 155(1), 12. <https://doi.org/10.3917/idee.155.0012>
- Pate, R. R., O'Neill, J. R., & Lobelo, F. (2008). The evolving definition of « sedentary ». *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 36(4), 173-178.
<https://doi.org/10.1097/JES.0b013e3181877d1a>
- Pelicand, J., & Doumont, D. (2005). *Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les enfants ? Implication et influence dans les stratégies éducatives* (p. 35) [Dossier technique]. Unité d'Education pour la Santé - Centre « Recherche en systèmes de santé ».
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives* (Seuil).
- Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie. L'observation*. La Découverte; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/les-methodes-en-sociologie--9782707142627.htm>
- Périer, P. (2005). *École et familles populaires : Sociologie d'un différend*. Presses universitaires de Rennes.
- Perrin, C., Ferron, C., Gueguen, R., & Deschamps, J.-P. (2002). Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. *Sozial- und Präventivmedizin* ¶ *Social and Preventive Medicine* ¶ *Médecine social et préventive*, 47(3), 162-171. <https://doi.org/10.1007/s00038-002-8204-0>

- Pisarik, J., Rochereau, T., & Célant, N. (2017). Etat de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014. *Questions d'économie de la santé*, 223, 1-8.
- Pison, G. (1979). Âge déclaré et âge réel : Une mesure des erreurs sur l'âge en l'absence d'état civil. *Population*, 34(3), 637-648. <https://doi.org/10.2307/1531931>
- Pociello, C. (1999). *Les cultures sportives. Pratiques, représentations et mythes sportifs*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-cultures-sportives--9782130503545.htm>
- Pons, A., Prachazal, N., & Gsell-Epailly, A. (2017). *Imaginer des politiques urbaines favorables à la santé. Les notes de l'ADEUS* (N° 255; p. 4). ADEUS.
- Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/sociologie-de-l-obesite--9782130553137.htm>
- Poulain, J.-P., & Tibère, L. (2008). Alimentation et précarité. Considérer la pluralité des situations. *Anthropology of food*, 6. <http://journals.openedition.org/aof/4773>
- Praznocy, C., Lambert, C., & Pascal, C. (2017). *État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France* (p. 130). Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité.
- Pronovost, G. (2008). Transformations de l'univers du loisir et de ses significations : Un essai sociohistorique. *Loisir et société*, 31(1), 31-48.
- Quéniart, A., Charpentier, M., & Chanez, A. (2008). La transmission des valeurs d'engagement des aînées à leur descendance : Une étude de cas de deux lignées familiales. *Recherches féministes*, 21(2), 143. <https://doi.org/10.7202/029445ar>

- Radel, A. (2012). *50 ans de campagnes d'éducation pour la santé : L'exemple de la lutte contre la sédentarité et de la promotion des modes de vie actifs (1960-2010)* [Thèse de doctorat en STAPS]. Université de Toulouse, Université Toulouse III-Paul Sabatier.
- Rail, G. (2012). The birth of the obesity clinic : Confessions of the flesh, biopedagogies and physical culture. *Sociology of Sport Journal*, 29(2), 227-253.
- Rea, A., & Tripier, M. (2003). *Sociologie de l'immigration* (La découverte).
- Régnier, F. (2011). La perception des messages de santé par les populations défavorisées. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 46(4), 206-212.
<https://doi.org/10.1016/j.cnd.2011.02.005>
- Régnier, F., & Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*, 50(4), 747-773. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfs.504.0747>
- Renahy, N. (2010). *Les gars du coin. Enquête sur une jeunesse rurale*. La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-gars-du-coin--9782707160126.htm>
- Retière, J.-N. (2003). Autour de l'autochtonie. Réflexions sur la notion de capital social populaire. *Politix*, 63(3), 121-143. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3406/polix.2003.1295>
- Ricciardi, R. (2005). Sedentarism : A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 40(3), 79-87.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2005.00021.x>
- Robelet, M., Serré, M., & Bourgueil, Y. (2005). La coordination dans les réseaux de santé : Entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, 1, 231-260. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.051.0231>
- Rolland-Cachera, M. F., Akrou, M., & Péneau, S. (2015). *History And Meaning Of The Body Mass Index. Interest Of Other Anthropometric Measurements*. The Free Obesity

EBook. <http://ebook.ecog-obesity.eu/chapter-growth-charts-body-composition/history-meaning-body-mass-index-interest-anthropometric-measurements/>

Rolland-Cachera, M. F., Sempé, M., Guilloud-Bataille, M., Patois, E., Péquignot-Guggenbuhl, F., & Fautrad, V. (1982). Adiposity indices in children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 36(1), 178-184. <https://doi.org/10.1093/ajcn/36.1.178>

Rotily, M., Michaud, C., & Baudier, F. (1994). Nutrition et populations défavorisées. *Santé Publique*, 6, 165-175.

Santelli, E. (2016). *Les descendants d'immigrés*. La Découverte; Cairn.info.

<https://www.cairn.info/les-descendants-d-immigres--9782707186607.htm>

Sayad, A. (1999). *La Double Absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré* (Seuil).

Sayagh, D. (2016). Analyse sociospatiale du clivage sexué des pratiques du vélo durant l'adolescence. *Rech. Transp. Secur.*, 2016(1-2), 43-58.

<https://doi.org/10.4074/S0761898016002041>

Sayagh, D. (2017). Construction sociospatiale de capacités sexuées aux pratiques urbaines du vélo. *Les Annales de la recherche urbaine*, 112(1), 126-137.

<https://doi.org/10.3406/aru.2017.3246>

Sayagh, D. (2018a). Les adolescentes font-elles moins de vélo en raison de moindres possibilités réelles d'investir l'espace public ? Enquête sociologique dans des milieux variés des métropoles de Montpellier et de Strasbourg. *Enfances Familles Générations*, 30. <http://journals.openedition.org/efg/2512>

- Sayagh, D. (2018b). *Pourquoi les adolescentes ont moins de possibilités réelles de faire du vélo que les adolescents. Approche sociologique* [Thèse de doctorat en sociologie]. Paris Est.
- Sayagh, D. (2020). Le vélo à l'adolescence sous le regard de la santé : Révélateur et support des rapports sociaux de sexe, de classe et de territoire. *Movement & Sport Sciences*, 110(4), 79-93. Cairn.info. <https://doi.org/10.1051/sm/2020018>
- Segalen, M. (2018). Ce qui se cache derrière PapyLouis et Mamitine. Les nouveaux grands-parents dans la famille d'aujourd'hui. In *La Famille dans tous ses états* (p. 19-27). Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sh.wievi.2018.01.0019>
- Semmoud, N. (2008). La réception sociale de l'urbanisme. L'exemple d'un quartier stéphanois : Bellevue. In R. Séchet, I. Garat, & D. Zeneidi (Éds.), *Espaces en transactions* (p. 121-142). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.441>
- Séraphin, G. (2011). Introduction. Famille et corps : identité et transmission. *Recherches familiales*, 11(1), 3-8. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rf.011.0003>
- Siblot, Y., Cartier, M., Coutant, I., Masclet, O., & Renahy, N. (2015). *Sociologie des classes populaires contemporaines*. Armand Colin.
- Signorini, E., Colle, J., Mutel, T., Ringenbach, S., Liehn, G., Lix, C., & Ulrich, V. (2016). *Rapport d'activité 2016 PRECCOSS* (p. 84). Service promotion de la santé de la personne.
- Signorini, E., Ringenbach, S., Colle, J., Liehn, G., Lix, C., Ulrich, V., & Ramsheyi, M. (2017). *Rapport d'activité 2017 PRECCOSS* (p. 92). Service promotion de la santé de la personne.

- Signorini, E., Ringenbach, S., Mutzig, N., & Alizada, U. (2015). *Rapport d'activité 2015 PRECCOSS* (p. 62). Service promotion de la santé de la personne.
- Simon, C., Klein, C., & Wagner, A. (2005). La sédentarité des enfants et des adolescents, un enjeu de santé publique. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, *18*(5), 217-223.
<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2005.04.011>
- Skouteris, H., McCabe, M., Ricciardelli, L. A., Milgrom, J., Baur, L. A., Aksan, N., & Dell'Aquila, D. (2012). Parent-child interactions and obesity prevention : A systematic review of the literature. *Early Child Development and Care*, *182*(2), 153-174.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2010.548606>
- Sobal, J., & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity : A review of the literature. *Psychological Bulletin*, *105*(2), 260-275.
- Stalsberg, R., & Pedersen, A. V. (2010). Effects of socioeconomic status on the physical activity in adolescents : A systematic review of the evidence. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, *20*(3), 368-383.
- Stamboli-Rodriguez, C. (2011). *Le rôle de la nostalgie du pays d'origine dans le processus d'acculturation des immigrés de première et deuxième génération : Cas de consommations alimentaire et médiatique des immigrés turcs en France* [Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Paris 9]. <http://www.theses.fr/2011PA090085>
- Stearns, J. A., Rhodes, R., Ball, G. D. C., Boule, N., Veugelers, P. J., Cutumisu, N., & Spence, J. C. (2016). A cross-sectional study of the relationship between parents' and children's physical activity. *BMC Public Health*, *16*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3793-3>
- Stern, J. (1996). L'immigration, la nostalgie, le deuil. *Filigrane*, *5*, 15-25.
<https://doi.org/10.1515/ijsl.1994.109.57>

- Sudres, J.-L., Dupuy, M., Ghrib, F., Desjardins, H., Hubert, I., Glattard, M., Diene, G., Arnaud, C., Tauber, M., & Jouret, B. (2013). Adolescents obèses : Évaluation de l'image du corps, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la dépression. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61(1), 17-22.
- Tabin, R., l'Allemand-Jander, D., & Lambert, N. J. F. (2015). Prise en charge en réseau des enfants en surpoids et obèses. *Swiss Medical Forum*, 15(3), 2.
- Tanas, R., Pedretti, S., Gilli, G., Gagnayre, R., & Marcolongo, R. (2011). Évaluation clinique d'un programme d'éducation thérapeutique centré sur les familles d'enfants et d'adolescents obèses ou en surpoids. *Éducation Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 3(2), S111-S120.
<https://doi.org/10.1051/tpe/20111111>
- Ternoy, M., Nuytens, W., & Amoura, C. (2021). Tout n'est pas perdu. La possibilité d'autres usages sociaux du corps parmi les populations socialement vulnérables. *Recherches & éducatives*, 22. <http://journals.openedition.org/rechercheseducations/11113> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.11113>
- Thiaudière, C. (2005). La protection maternelle et infantile : Politique de santé publique et spécialisation médicale. *Regards sociologiques sur la médecine*, 11(3), 23 à 34.
<https://doi.org/10.3917/psyt.113.0179>
- Thin, D. (1997). "Tant qu'on a la santé... ' ' : Des familles populaires et de la santé de leurs enfants. Groupe de Recherche sur la Socialisation, Université Lumière Lyon 2.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00475253/document>
- Thin, D. (2005). Les familles populaires sous l'emprise des logiques éducatives dominantes à travers la scolarisation. *Carnets de bord*, 10, 67-78.

- Thin, D. (2009). Un travail parental sous tension : Les pratiques des familles populaires à l'épreuve des logiques scolaires. *Informations sociales*, 154(4), 70-76.
<https://doi.org/10.3917/inso.154.0070>
- Tichit, C. (2012). L'émergence de goûts de classe chez les enfants de migrants. Modèles concurrents de goûts et pratiques alimentaires. *Politix*, 99(3), 51-77. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/pox.099.0051>
- Timmons, B. W., Naylor, P.-J., & Pfeiffer, K. A. (2007). L'activité physique des enfants d'âge préscolaire—Somme et méthode ? *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32(S2F), S136-S149. <https://doi.org/10.1139/H07-166>
- Tlili, F. (2002). Statut féminin, modèle corporel et pratique sportive en Tunisie. *Staps*, 57(1), 53-68. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sta.057.0053>
- Toulze, M. (2018). Représentations de l'obésité et corps de l'obèse. In *Parcours de santé / Parcours de genre* (p. 149-166). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02367320>
- Tounian, P. (2007a). Histoire naturelle de l'obésité : Comment et pourquoi un enfant devient-il obèse ? *mt pédiatrie*, 10(6), 345-350.
- Tounian, P. (2007b). *L'obésité de l'enfant*. John Libbey Eurotext.
<http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3317893>
- Tounian, P. (2016). *Une prévention efficace de l'obésité de l'enfant est-elle réalisable ?* 10, 5.
- Tounian, P., & Amor, S. (2008). *Obésité infantile : Pourquoi on fait fausse route ?* Bayard.
- Tursz, A. (2000). 12. La santé de l'enfant. In *Les inégalités sociales de santé* (p. 193-206). La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-p-193.htm>
- Vallet, P. (2019). Malaise dans le quartier. De quoi le sentiment d'insécurité est-il le symptôme ? *Espaces et sociétés*, 176-177(1), 117_136.

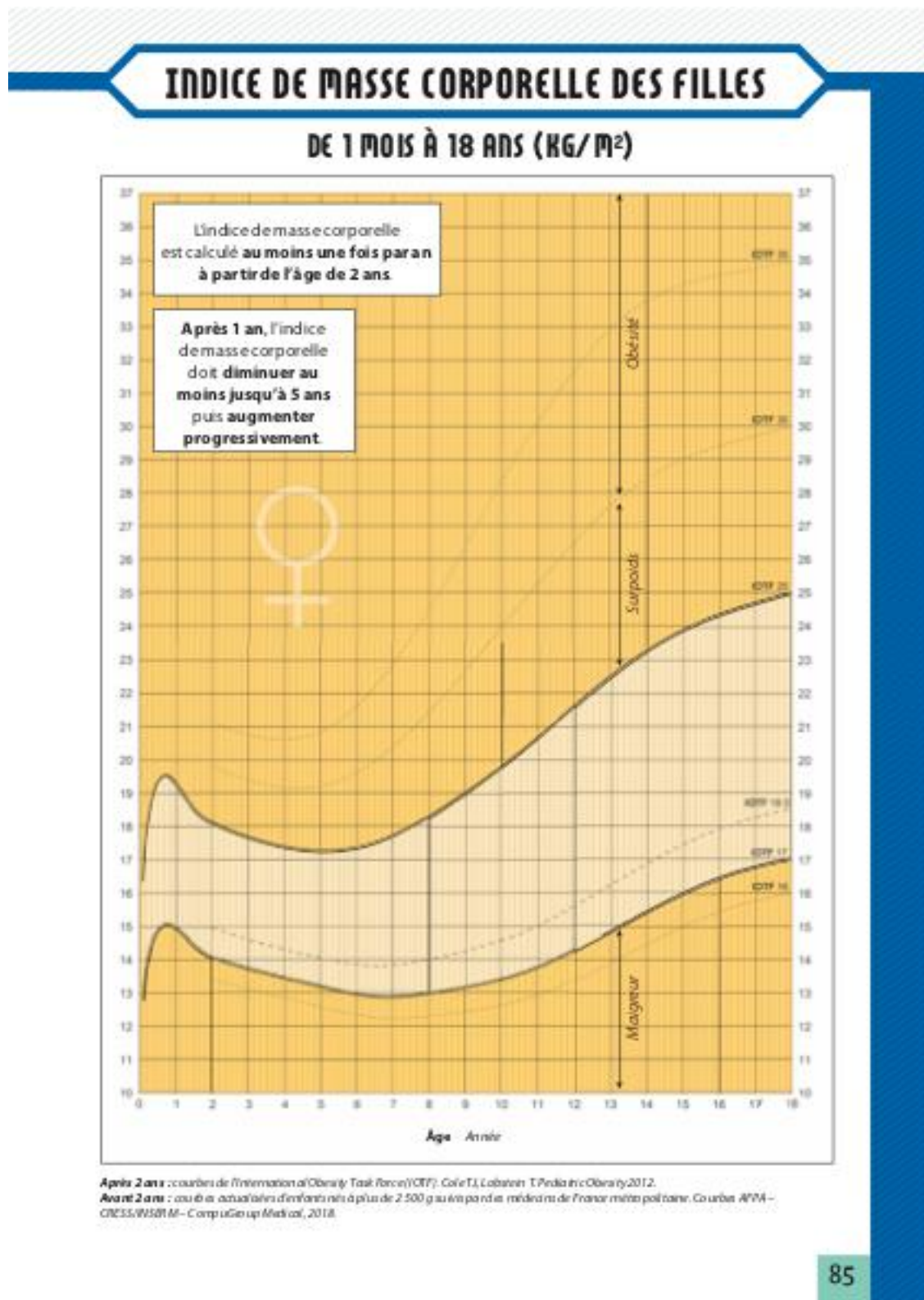
- Vieille Marchiset, G. (2019). *La conversion des corps. Bouger pour être sain* (L'Harmattan).
- Vieille Marchiset, G. (2021). Des familles populaires à l'épreuve des normes de santé par les activités physiques : Une comparaison européenne des transmissions familiales. In W. Gasparini & S. Knobé, *Le sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux*. Presses Universitaires de Strasbourg.
- Vieille Marchiset, G., Knobé, S., Didierjean, R., Aceti, M., Digennaro, S., & Grimminger, E. (2014). Corps en mouvement, corps en santé Regard socio-anthropologique sur des enfants de quartiers pauvres en Europe. *L'observatoire*, 80, 9-13.
- Vieille Marchiset, G., Knobé, S., Edzard, E., Piombini, A., & Eaux, C. (2018). Usages du vélo et rapports aux espaces publics des enfants : Permanence de la division par sexe dans un dispositif d'apprentissage dans un quartier populaire à Strasbourg. *Enfances Familles Générations*, 30, 1-25.
- Vieille Marchiset, G., & Tatu-Colasseau, A. (2012). Dons et transmission au féminin dans les expériences de loisir. Le cas des quartiers populaires en France. *Revue du MAUSS*, 39(1), 377-389. <https://doi.org/10.3917/rdm.039.0377>
- Vigarello, G. (2001). *Le corps redressé : Histoire d'un pouvoir pédagogique* (Armand Colin).
- Ville de Strasbourg. (2015). *Contrat Local de Santé II de Strasbourg 2015-2020* (p. 130) [Contrat].
- Vuillemin, A. (2011). Le point sur les recommandations de santé publique en matière d'activité physique. *Science & Sports*, 26(4), 183-190. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2011.06.007>
- Weber, M. (1971). *Économie et Société, tome 1* (J. Freund, Trad.). Plon.

- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337(13), 869-873.
- Whiting, S., Buoncristiano, M., Gelius, P., Abu-Omar, K., Pattison, M., Hyska, J., Duleva, V., Musić Milanović, S., Zamrazilová, H., Hejgaard, T., Rasmussen, M., Nurk, E., Shengelia, L., Kelleher, C. C., Heinen, M. M., Spinelli, A., Nardone, P., Abildina, A., Abdrakhmanova, S., ... Breda, J. (2021). Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration of Children Aged 6-9 Years in 25 Countries : An Analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2015-2017. *Obesity Facts*, 14(1), 32-44. <https://doi.org/10.1159/000511263>
- Wieviorka, M. (2018). *La Famille dans tous ses états*. Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-famille-dans-tous-ses-etats--9782361064891.htm>
- Wijnhoven, T., Raaij, J. van, Breda, J., World Health Organization, & Regional Office for Europe. (2014). *Who European Childhood obesity surveillance initiative : Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010)*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Zoïa, G., & Visier, L. (2017). Femmes musulmanes dans un quartier populaire. *Ethnologie française*, 47(4), 683-692. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ethn.174.0683>

Annexes

Annexe 1 : Courbe de référence IMC filles.....	400
Annexe 2 : Courbe de référence IMC garçons	401
Annexe 3 : Synthèse de l'Ebook Europe sur le surpoids et l'obésité des enfants et adolescents	403
Annexe 4 : Récapitulatif des mesures françaises pour lutter contre la prévalence de l'obésité	406
Annexe 5 : Frise historique surpoids et obésité infantiles	407
Annexe 6 : Note d'information pour les parents	408
Annexe 7 : Note d'information pour les enfants.....	410
Annexe 8 : Consentement de participation de l'enfant ou de l'adolescent	411
Annexe 9 : Consentement de participation de l'adulte	413
Annexe 10 : Guide d'entretien semi-directif.....	414
Annexe 11 : Exemple d'une page du carnet de bord pour les enfants lors d'une journée d'école	417
Annexe 12 : Exemple d'une page du carnet de bord pour les enfants lors d'une journée où il n'y a pas école	418
Annexe 13 : Schéma du parcours d'un enfant dans le dispositif PRECCOSS (Mutzig et al., 2019 : 18).....	419

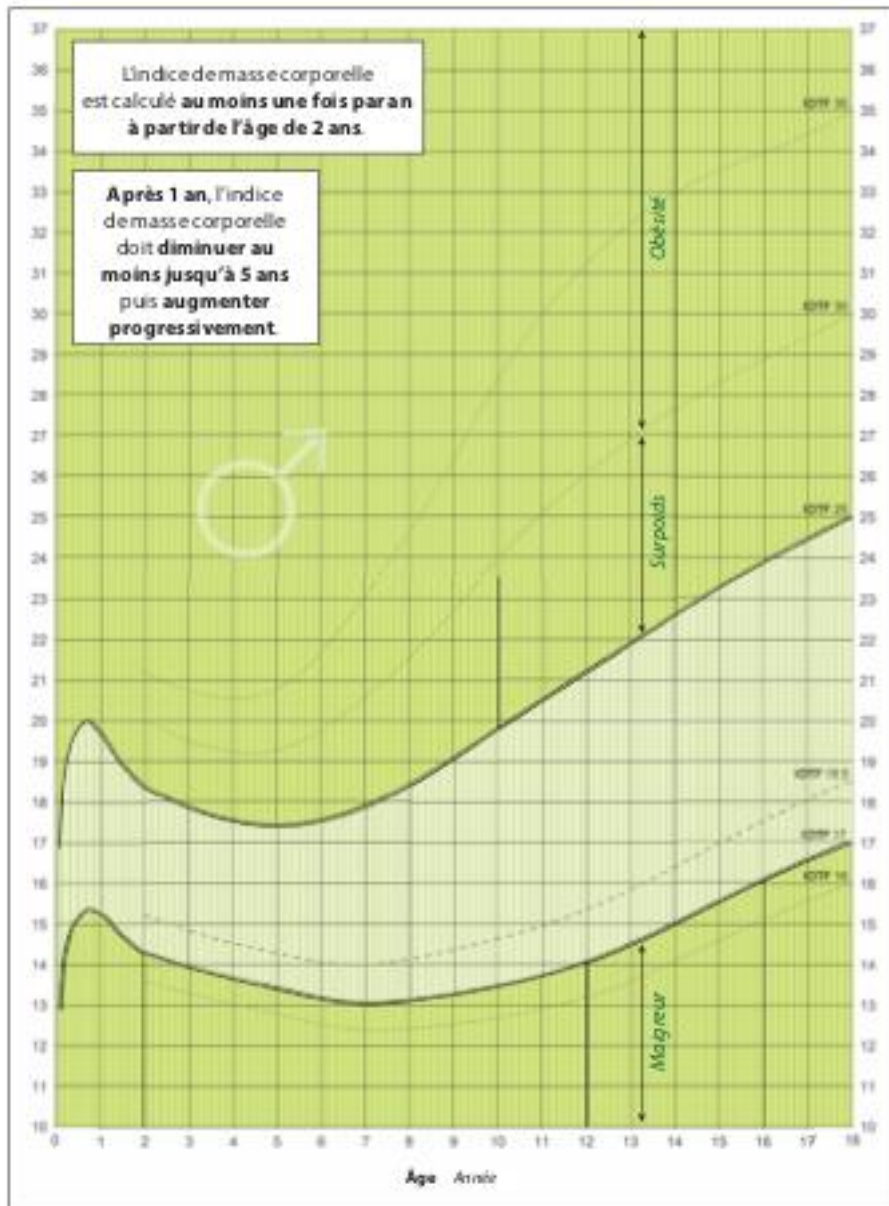
Annexe 1 : Courbe de référence IMC filles



Annexe 2 : Courbe de référence IMC garçons

INDICE DE MASSE CORPORELLE DES GARÇONS

DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)



Après 2 ans : courbes de l'Information of Obesity Task Force (IOTF), Cole TJ, Lobstein T. *Pediatrics* Obesity, 2012.
Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g au sein par les médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA-OFESS/INSERM - CompuGrip Medical, 2018.

Annexe 3 : Une analyse des avantages et des inconvénients de l'IMC à partir des données de la littérature¹

Outil de mesure	Description	Avantages	Inconvénients
Plis-cutanés	Évaluent l'épaisseur de la graisse sous-cutanée et prédisent le pourcentage de graisse totale.	Ces plis sont plus sensibles aux actions nutritionnelles et de meilleurs prédicteurs du tissu adipeux intra-abdominal et du risque cardiovasculaire.	Mesures nécessitant des outils spécifiques, ne peut pas être mesuré seul et doit être réalisé par un spécialiste. La mesure doit toujours être prise de la même manière et au même endroit afin d'être fiable.
Circonférences	Généralement utilisés pour évaluer l'état nutritionnel notamment dans les cas de dénutrition. Prise principalement au niveau du bras, de la hanche et de la taille.	Nécessite un dispositif peu coûteux, permet d'évaluer les parties maigres et grasses. Notamment, un bon indicateur de la masse musculaire au niveau du bras et des tissus adipeux au niveau de la ceinture abdominale.	Prends du temps pour obtenir toutes les mesures. Veiller à prendre les circonférences au bon endroit et toujours de la même manière afin d'obtenir des mesures fiables.
Poids et taille	Il existe des tableaux spécifiques poids pour taille utilisés à l'origine pour évaluer la dénutrition et sont encore utilisés pour évaluer le retard de croissance et l'émaciation.	Des mesures facilement réalisables et acceptables pour les sujets et plus faciles à prendre que les plis-cutanés. Ne dépendent pas de l'âge donc peuvent être utilisées pour les enfants dont on ne connaît pas l'âge.	Reste moins précis que si nous prenions en compte l'âge de l'enfant. Ne permet pas de différencier la masse maigre de la masse grasse.
IMC (Indice de Quetelet)	Calculé grâce au rapport poids/taille puis associé à des courbes de corpulence différenciées en fonction du sexe.	Mesure facile à obtenir si l'on connaît le poids et la taille de l'enfant. Une norme mondiale basée à partir de l'IMC.	Ne permet pas la distinction entre masse maigre et masse grasse. Se base sur une population de référence.

¹ Données principalement exploitées à partir de l'article de Rolland-Cachera et al., 2015.

Annexe 3 : Synthèse de l'Ebook Europe sur le surpoids et l'obésité des enfants et adolescents

Thématique	Articles	Auteurs	Année	Informations auteur(s)
Épidémiologie et prévention en Europe	Prévalences et tendances mondiales	Lobstein, T.	2017	Fédération mondiale contre l'obésité (World Obesity Federation), avant à l'association internationale pour l'étude de l'obésité (IASO).
	Facteurs de risque de l'obésité infantile : leçons de l'étude européenne IDEFICS	Ahrens, W. & Pigeot, I.	2017	Ahrens travaille à l'institut Leibnitz pour la recherche en prévention et l'épidémiologie en Allemagne. Pigeot travaille à l'institut de statistiques, faculté de mathématiques et de sciences informatiques, Allemagne.
	Prévention en Europe	Kugelberg, S., Jewell, J. & Breda, J.	2015	Ils travaillent pour la Division de Maladies Non contagieuses à l'OMS Europe, spécialistes sur les politiques nutrition ou activité physique.
Société, communication, environnement et obésité	Obésité et médias	Mazur, A. & Radziewicz-Winnicki, I.	2015	Un professeur de la faculté de médecine à l'université de Rzeszów en Pologne et un sous-secrétaire d'État du ministère de la santé de Pologne.
	Environnement et activité physique	D'Haese, S., Cardon, G. & Deforche, B.	2017	Une étudiante en thèse en Belgique. Les 2 autres auteurs sont professeurs à l'université de Gand dans le service des sciences du mouvement et des sports ou promotion de la santé.
	Droit, alimentation saine et prévention de l'obésité	Garde, A.	2015	Professeur de droit à l'université de Liverpool.
	Lutter contre l'obésité chez les enfants et les adolescents : un défi économique	Serese, V.	2015	Docteur en économie au centre pour recherche d'opérations et d'économétrie à l'université catholique de Louvain.
Graphiques de croissance et composition corporelle	Histoire et signification de l'IMC. Intérêt d'autres mesures anthropométriques	Rolland-Cachera, MF., Akrouf, M. & Péneau, S.	2015	Un docteur en nutrition, un assistant professeur à l'école supérieure des sciences et techniques de la santé à Tunis et un associé professeur de nutrition à Paris.

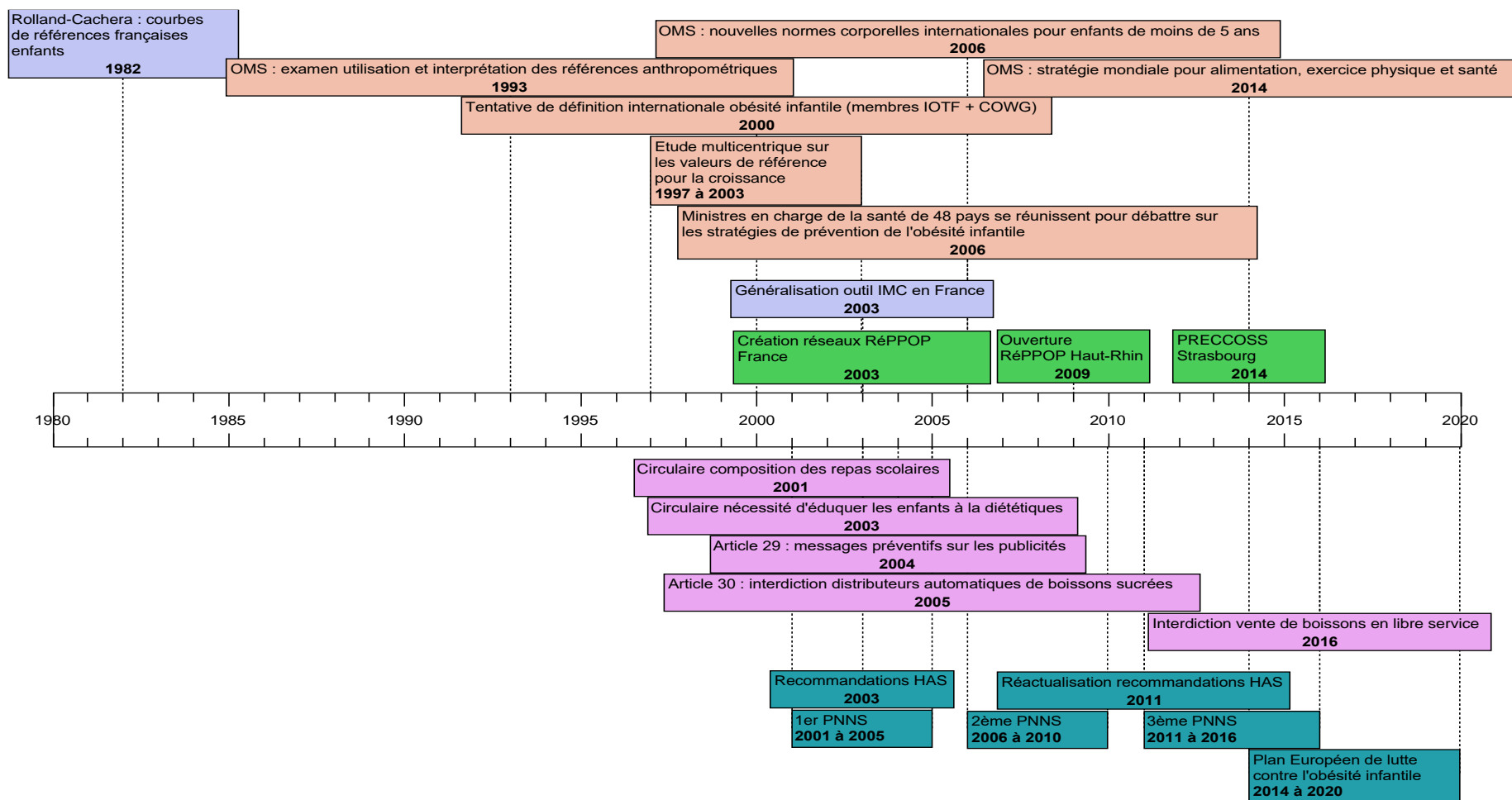
	Courbes de référence de l'OMS	Onis, M.	2015	Le Coordinateur de l'Évaluation de Croissance et l'Unité de Surveillance du Département de Nutrition à l'OMS à Genève.
Biologie	7 articles accès sur la biologie (tissus adipeux, épigénétique, expérience prénatale, troubles immunitaires...)			
Nutrition, choix alimentaires et comportement alimentaire	7 articles axés sur la nutrition (programmation métabolique, préférences alimentaires, perception gustative, satiété, rôle des nutriments...)			
Évaluation psychologique et perturbations	4 articles axés sur l'évaluation psychologique et les perturbations en lien avec l'obésité infantile (école, trouble et déficit d'attention/hyperactivité...)			
Cliniques et complications	13 articles axés sur les cliniques et complications (leptine, maladie du foie, implications dans le processus de liberté, complications orthopédiques...)			
Dépenses énergétiques et activité physique	Coûts métabolique et mécanique des activités sédentaires et des activités physiques des enfants et des adolescents obèses	Lazzer, S., O'Malley, G. & Vermorel, M.	2017	Lazzer : département des Sciences Médicales et Biologiques, Université de Udine en Italie. Vermorel : Unité de Recherche sur les Métabolismes Énergétique et Lipidique et Centre de Recherche en Nutrition Humaine d'Auvergne, France.
	Jeux actifs, activité physique et obésité pédiatrique	O'Malley, G. & Thivel, D.	2015	O'Malley travaille dans un service obésité à l'hôpital universitaire pour enfants de Dublin. Thivel voir ci-dessous.
	Évaluations des aptitudes cardiorespiratoires en obésité pédiatrique	Thivel, D. & Aucouturier, J.	2017	Aucouturier travaille au sein du laboratoire « Activité Physique, Muscle, Santé », Faculté des Sciences du Sport et de l'Éducation Physique à Ronchin. Thivel travaille au sein du laboratoire des Adaptations Métaboliques à l'Exercice en conditions Physiologiques et Pathologiques à Aubière.
	Intervention en activité physique chez les enfants et les adolescents en surpoids/obèses : entraînement en endurance et/ou résistance ?	Thivel, D. & Aucouturier, J.	2017	
Traitement	Approche diététique du surpoids pédiatrique	Nègre, V.	2017	Docteur, RéPPOP en Franche Comté et CHU Nice, France.
	Traitement médicamenteux de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent	Frelut, ML. & De Filippo, G.	2015	Frelut a dirigé une unité hospitalière pour des adolescents sévèrement obèses. De Filippo, Endocrinologie Pédiatrique et

				Unité de Médecine Adolescente, hôpital Bicêtre Paris, France.
	Indications psychologiques, contre-indications et suivi de la chirurgie bariatrique	Ardelt-Gattinger, E., Gattinger, E., Ring-Dimitriou, S. & Weghuber, D.	2015	Ardelt-Gattinger et Gattinger travaillent au département de psychologie à l'université de Paris Lodron en Autriche (académie d'obésité d'Autriche). Weghuber est un professeur associé du département pédiatrique.

Annexe 4 : Récapitulatif des mesures françaises pour lutter contre la prévalence de l'obésité

	Date	Mesures	Public cible
PNNS	2001-2005 ; 2006-2010 ; 2011-2015 ; 2016-2021	<ul style="list-style-type: none"> - Un plan de santé publique avec des campagnes de prévention pour manger mieux et bouger plus 	Toute la population française
Législation	Circulaire 25/06/2001	<ul style="list-style-type: none"> - Rappel des besoins nutritionnels et la composition des repas 	Enfants, adolescents
	Circulaire 1/12/2003	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'une éducation des enfants à la nutrition 	Enfants, adolescents
	Articles 29 et 30 de la loi du 9/08/2004	<ul style="list-style-type: none"> - La présence obligatoire d'une information à caractère sanitaire dans les messages publicitaires - Interdiction des distributeurs automatiques dans les établissements scolaires 	Enfants, adolescents
	Article 16 de la loi du 26/01/2016	<ul style="list-style-type: none"> - Interdiction de la mise à disposition des boissons en libre-service dans les lieux publics 	Toute la population française
HAS	2003 avec une réactualisation en 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Comment et quand dépister le surpoids de l'enfant - Comment annoncer le diagnostic - Les principes de la prise en charge - L'approche et les moyens thérapeutiques - Les modalités de suivi 	Enfants et adolescents en surpoids ou obèses

Annexe 5 : Frise historique surpoids et obésité infantiles



Annexe 6 : Note d'information pour les parents

Notice d'information pour les parents

Strasbourg, le //

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons pour la participation de votre enfant, dans le cadre d'une étude en sciences humaines et sociales sur la transmission des habitudes de vie entre les parents et les enfants. Plus précisément, nous nous intéressons aux activités physiques pratiquées par l'enfant et sa famille, ainsi qu'aux comportements et pratiques alimentaires.

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'une thèse de l'université de Strasbourg. L'objectif de cette recherche est de comprendre comment, au sein de la famille, se transmettent les habitudes de vie en rapport avec les activités physiques et sportives, et les pratiques alimentaires. Afin de comprendre au mieux les activités sportives et de loisirs de votre enfant au quotidien, je lui proposerai de compléter sur une période de deux semaines un carnet de bord présenté sous une forme très ludique.

La participation de votre enfant à ce programme de recherche sera anonyme et les informations recueillies, confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude. Les résultats globaux pourront vous être communiqués par simple demande à l'adresse suivante :

gasparini@unistra.fr ou knobe@unistra.fr

Si vous le souhaitez, nous pouvons aussi échanger plus directement avec vous afin de vous expliquer l'objectif précis de ce programme. N'hésitez pas à nous contacter en utilisant l'adresse électronique ci-dessus.

Si vous acceptez de participer à ce programme, un chercheur de notre équipe viendra rencontrer votre enfant dans le lieu de votre choix (chez vous, dans les bureaux de la faculté des sciences du sport, dans les bureaux du dispositif PRECCOSS ou du Réseau RÉPPOP). Ce chercheur sera amené à rencontrer votre enfant 2 à 3 fois pour une période de 1 à 2 heures.

Si vous êtes d'accord pour que votre enfant participe à cette recherche, merci de remplir la rubrique « consentement du parent pour l'enfant ». Votre enfant devra également remplir un

consentement (« consentement de l'enfant ») s'il est d'accord. Nous vous enverrons une copie de ces documents pour que vous puissiez vous y référer à n'importe quel moment.

Vous et votre enfant avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment sans avoir à donner de justification.

En espérant une réponse positive de votre part, nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre demande.

Pour toutes informations relatives à ce programme, vous pouvez contacter les responsables du programme à l'adresse suivante : gasparini@unistra.fr ou knobe@unistra.fr

William Gasparini et Sandrine Knobé

Annexe 7 : Note d'information pour les enfants

Notice d'information pour les enfants

Bonjour,

Nous t'écrivons pour te demander de participer à une étude sur les activités physiques et sportive des parents et des enfants. Ce projet fait partie d'une recherche de l'université de Strasbourg.

Dans cette recherche, nous souhaitons comprendre comment se transmettent des habitudes de vie entre les parents et les enfants. En ce qui te concerne, tu seras amené à répondre à différentes questions sur le sport et tes habitudes alimentaires. Tu auras aussi pour mission de remplir un carnet de bord sur une durée de deux semaines pour préciser tes activités sportives et tes loisirs quotidiens.

Personne d'autre que le chercheur que tu rencontreras ne saura que tu as répondu. Ton nom n'apparaîtra nulle part. Tu pourras demander les résultats de la recherche en envoyant un mail à l'adresse suivante :

gasparini@unistra.fr ou knobe@unistra.fr

Si tu veux nous poser des questions, n'hésite pas à nous écrire à l'adresse électronique ci-dessus.

Si tu acceptes de participer à cette aventure, un chercheur de notre équipe viendra te rencontrer là où ça t'arrange (chez toi, dans les bureaux de la faculté des sciences du sport, dans les bureaux du dispositif PRECCOSS ou dans ceux du réseau RÉPPOP à Mulhouse). Le chercheur te verra deux à trois fois pour une période de 1 à 2 heures.

Il faudra remplir un document qui s'appelle « consentement de l'enfant ».

Tu pourras bien sûr arrêter de participer à cette recherche à n'importe quel moment.

Nous espérons vraiment que tu seras d'accord pour nous aider dans cette étude scientifique.

William Gasparini et Sandrine Knobé

Annexe 8 : Consentement de participation de l'enfant ou de l'adolescent

Accord pour que l'enfant participe à l'étude

Je confirme que j'accepte que mon enfant
(Nom/Prénom.....) participe à cette recherche.

J'ai compris qu'il pourra arrêter à tout moment sans justification et que je pourrai prendre connaissance des résultats lorsque l'étude sera terminée.

Je donne mon accord pour que les données soient utilisées à des fins scientifiques et pédagogiques, étant entendu que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur l'identité de mon enfant.

- Oui j'accepte. Voici mon adresse électronique et/ou numéro de téléphone :
- Non, je refuse

Fait le .././..... Nom et prénom :

Annexe 9 : Consentement de participation de l'adulte

Consentement à participer à l'étude

D'après ces informations, je veux bien participer à cette recherche et je veux bien que mes réponses soient utilisées pour les études scientifiques. Je sais que personne ne saura ce que j'ai répondu et qu'aucune information ne sera donnée sur moi.

- Oui j'accepte. Voici mon adresse électronique et/ou numéro de téléphone (ou ceux d'un de mes parents) :
- Non, je refuse

Fait le .././..... Nom et prénom :

Annexe 10 : Guide d'entretien semi-directif

Présentation du chercheur : Doctorante au laboratoire Sport et Sciences Sociales de l'université de Strasbourg.

Objectif de l'entretien : étudier la transmission des habitudes de vie active entre les parents et les enfants. Plus précisément, nous nous intéressons aux activités physiques et loisirs pratiqués par l'enfant et sa famille.

Nous allons faire un entretien d'environ une heure concernant tes activités physiques et tes loisirs, ainsi que ceux de tes parents. Je vais donc te poser plusieurs questions auxquelles tu pourras choisir de répondre ou non. Notre objectif n'est pas de te juger, aussi il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Certaines questions sont volontairement larges pour te laisser répondre ce que tu souhaites sans t'influencer ; aussi, répond le plus spontanément et le plus sincèrement possible.

Si tu me donnes ton accord, je vais enregistrer notre entretien pour me souvenir de tout ce que tu as dit et pour retranscrire correctement toutes les informations. Tout ce que tu dis ici restera anonyme. Tu as le droit de choisir ton pseudonyme, et personne ne pourra savoir que tu as réalisé cet entretien. Les entretiens sont totalement anonymes.

Avant de commencer, as-tu des questions ?

Code couleur :

- Questions générales pour toutes les personnes enquêtées
- Questions spécifiques pour les enfants
- Questions spécifiques pour les adultes

I – Les activités physiques et les loisirs

- Activités physiques et loisirs pratiqués aujourd'hui
- Activités physiques et loisirs déjà pratiqués au cours de la vie
- Quelles activités aimeriez-vous faire mais que vous ne faites pas actuellement ? Pourquoi ?
- Fréquence et régularité des activités physiques et des loisirs
- Durée des activités physiques et des loisirs
- Comment l'activité a été découverte ?
- Avec qui est réalisée l'activité ?
- Pourquoi est-ce que vous faites cette activité ?
- Quelles sont les activités physiques pratiquées par vos parents/grands-parents ?
- Est-ce que vous savez nager, faire du vélo ? comment avez-vous appris ?
- Activités physiques réalisées pendant le temps scolaire
- Où est-ce que les cours sont réalisés et qui les donne ?
- Comment ces activités physiques se déroulent ?
- Que fais-tu après l'école ?
- Coût des activités physiques et des loisirs
- Quelles sont les activités physiques que vous pourriez interdire ou déconseiller à votre enfant ?
- Les activités physiques et loisirs pendant l'enfance, avec qui, comment l'activité a été découverte, pourquoi ?

II – Description d’une journée type

- Description des activités réalisées lors d’une journée en semaine, un samedi, un dimanche en période hivernale et en période printanière/estivale
 - Description des activités réalisées pendant les vacances

II – Les déplacements

- Quels sont les moyens utilisés pour se rendre sur les lieux de l’activité ?
- Avec qui sont effectués ces déplacements ?
- Quels sont les moyens utilisés pour se rendre à l’école ?
- Avec qui te déplaces-tu ?
- Quels sont les moyens utilisés pour se rendre au travail ?
- Vous déplacez-vous de la même manière pendant votre enfance ?

III – Lieu de vie

- Quels sont les endroits fréquentés dans le quartier ?
- Que pensez-vous de votre quartier ? Des activités proposées ?
- Que pensez-vous de la sécurité du quartier ?
- Quels sont les aires de jeux/lieux de sport où vous avez l’habitude de vous rendre ?
- Comment vous déplacez-vous dans le quartier ?
- Quelles sont les activités de quartier auxquelles vous participez ? Pour quelles raisons ? avec qui ? comment avez-vous connaissance de ces activités ?
- Autorisez-vous vos enfants à sortir dans le quartier ? Pour quelles raisons ? Dans quel cadre ? Quelles sont vos conditions ?

IV – Les représentations de l’alimentation

- Selon vous, qu’est-ce qu’un repas équilibré ?
- Qui fait les courses ? Qui prépare les repas ?
- Quelles sont vos préférences alimentaires ?
- Comment se déroulent les repas ?
- Où est-ce que vous mangez le midi ?
- Que mangez-vous généralement le matin ? le midi ? le soir ?
- Qui choisit le menu ?
- Prenez-vous des mesures particulières concernant votre alimentation ?

V – Les représentations du corps et de la santé

- C’est quoi être en bonne santé selon vous ?
- Où avez-vous déjà entendu parler de santé ?
- Qu’est-ce qui vous paraît être le plus important ?
- Avec qui en parlez-vous ?
- Connaissez-vous les recommandations en termes de santé, sur l’activité physique, sur l’alimentation ?
- Quels sont les problèmes de santé que vous rencontrez actuellement, dans le passé ou ceux que vous pourriez avoir dans le futur ?
- Quel est l’impact de ces problèmes sur vos activités quotidiennes et de loisirs ?
- Que faites-vous de particulier pour rester en forme ?
- Allez-vous souvent chez le médecin ?
- Qu’est-ce qui vous incite à aller chez le médecin ?
- Qui t’accompagne chez le médecin ? Comment y vas-tu ? Pourquoi ?
- Que souhaitez-vous transmettre en termes de santé à vos enfants ?
- Que faites-vous pour que vos enfants soient en forme, en bonne santé ?
- Que vous ont transmis vos parents en termes de santé ?

VI – Les représentations des dispositifs PRECCOSS ou RÉPPOP

- Que pensez-vous du dispositif PRECCOSS/RÉPPOP ?
- Comment avez-vous connu le dispositif ?
- Quels membres de l'équipe avez-vous déjà rencontré ? Combien de fois ? Pour quelles raisons vous souhaitez les rencontrer ou non ?
- Diriez-vous que c'est un choix ou une obligation ? qu'est-ce qui vous incite à prendre part aux ateliers, aux rendez-vous ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- Pour quelles raisons participez-vous ou non au dispositif ?
- Quelles sont les activités réalisées dans le cadre du dispositif PRECCOSS/RÉPPOP ?
- Comment te rends-tu aux activités ? avec qui ?
- Selon vous, qu'est-ce le dispositif apporte et n'apporte pas à votre enfant ?

Informations biographiques

- Age :
- Lieu de naissance :
- Pays d'origine :
- Formation(s) et diplôme(s) :
- Situation professionnelle (pourcentage du temps de travail, chômage, sans activité, autres moyens de subsistance) :
- Situation familiale :
- Age et sexe des enfants :
- Classe de l'enfant :
- Depuis combien de temps résidez-vous dans le quartier ?
- Où habitiez-vous auparavant ?

Annexe 11 : Exemple d'une page du carnet de bord pour les enfants lors d'une journée d'école

Lundi 6 Mai 2019

❖ **Mes déplacements entre la maison et l'école**

- Comment je suis allé(e) à l'école ce matin ?
Entoure l'image qui correspond à ton déplacement.



Entoure le visage qui correspond à ton plaisir pour chaque activité



- Comment je suis rentré(e) de l'école ? Entoure l'image qui correspond à ton déplacement.



- Est-ce que j'ai mangé à la cantine de l'école ? Oui Non

❖ **Mes activités physiques à l'école**

- Est-ce que j'ai fait du sport avec ma maîtresse/mon maître aujourd'hui ?

Oui, j'ai fait



Non



- Qu'est-ce que j'ai fait pendant ma récréation du matin ?

- Est-ce que je suis resté(e) faire une activité périscolaire ?

Oui, j'ai fait



Non



❖ **Mes activités après l'école jusqu'à l'heure du coucher**

- Entoure ou colorie les activités que tu as faites en rentrant de l'école jusqu'à l'heure d'aller dormir.

Piscine	Regarder la TV	Jeux de sociétés	Courses	Devoirs	Jouer dans le parc
Aller chez des ami(e)s	Activités artistiques : musique, dessin, peinture, bricolage	Jouer en bas de chez moi	Sortie en vélo, trottinette, roller		
Sport en club/association	Aider préparation du repas	Jeux vidéo (ordi, console...)	Lecture	Aller chez de la famille	

Autres activités :

Annexe 12 : Exemple d'une page du carnet de bord pour les enfants lors d'une journée où il n'y a pas école

L'enfant doit dans un premier temps colorier les activités effectuées au cours de la journée, puis les relier avec la ou les personnes qui ont participé avec lui à cette activité.

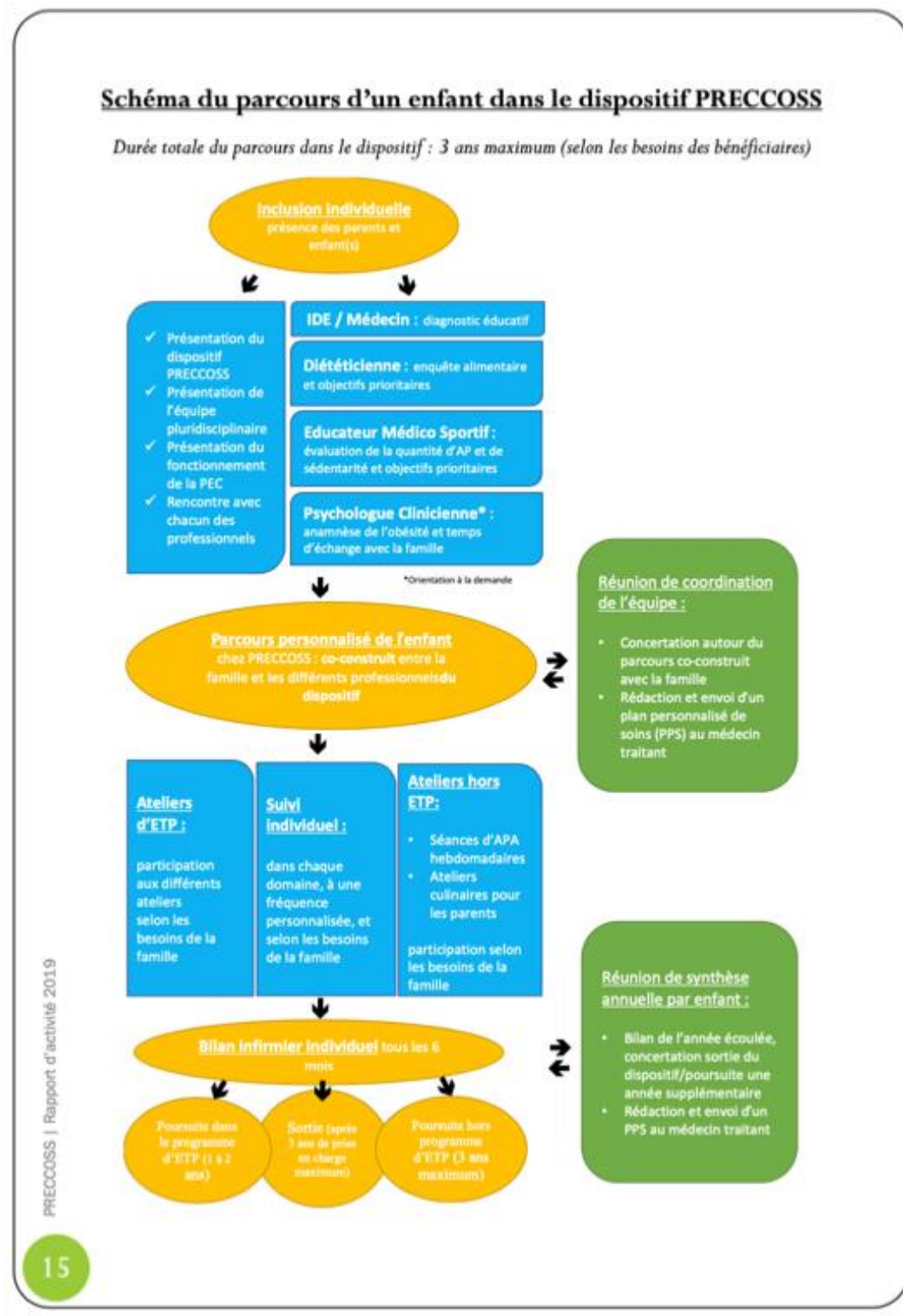
Mercredi 8 Mai 2019

❖ Mes activités de loisirs et de sport pendant la journée

Promenade dans un parc	Ma Maman	Regarder la TV ou un dvd
Jeux de sociétés	Ami(es)	Devoirs
Bowling	Mon Papa	Jouer dans un parc
Promenade en voiture	Ma sœur	Lecture
Patinoire	Mon Grand-Père	Trampoline
Visite du Vaisseau	Mon frère	Cinéma, spectacle
Sortie en vélo, trottinette, skate ou gyropode	Tout seul	Piscine, lac, mer
Courses	Mon oncle	Participation à la préparation du repas
Stage sportif	Mon cousin	Structures de jeux (plumy parc, tubi-tuba, baloo club)
Visite d'un musée	Ma cousine	Jeux vidéo
Promenade en ville	Ma tante	Sport en club ou association
Parc d'attraction (Europa Park)	Ma Grand-Mère	Centre de loisir / centre aéré
Jouer/écouter de la musique	Mon Beau-Père	Activités artistiques : bricolage, peinture, dessin
	Ma Belle-Mère	
	Autre :	

Autres activités	Avec qui ?

Annexe 13 : Schéma du parcours d'un enfant dans le dispositif PRECCOSS (Mutzig et al., 2019 : 18)



Prévenir la surcharge pondérale des enfants et adolescents par l'activité physique : rapports aux dispositifs de santé et effets des conditions de vie.

L'exemple de trois quartiers populaires en Alsace

Résumé

Déclarée épidémie mondiale depuis les années 2000 par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'obésité préoccupe tous les agents du monde social et les collectivités territoriales mettent en place des outils de prise en charge avec notamment une incitation à la pratique d'activités physiques et sportives. L'objet de cette recherche est de montrer les effets respectifs des caractéristiques résidentielles, configurations familiales et dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile sur le style de vie alimentaire et sportif au sein de familles résidant dans des quartiers populaires et dont au moins un des enfants ou adolescents est en surpoids ou obèse. En fonction de ces caractéristiques, les enfants et parents se saisissent et se réapproprient différemment les normes et recommandations faites en termes d'alimentation et d'activité physique par les professionnels de santé engagés dans des dispositifs de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantiles. L'analyse du discours des enfants ou adolescents, de leur entourage familial et des professionnels de santé autour du corps, de l'alimentation et de l'activité physique permet d'en faire ressortir les contradictions.

Mots clés : Obésité infantile, activité physique, quartier populaire, dispositif de santé publique, configuration familiale.

Abstract

Declared a global epidemic since the 2000s by the World Health Organization, obesity is of concern to all workers in the social world and local authorities are putting in place support tools with, in particular, an incentive to practice physical and sports activities. The object of this research is to show the respective effects of residential characteristics, family configurations and systems for the management of childhood obesity on the eating and sports lifestyle within families residing in working-class neighborhoods and of which at least one of the children or adolescents is overweight or obese. Depending on these characteristics, children and parents understand and reappropriate differently the standards and recommendations made in terms of diet and physical activity by health professionals involved in systems for the management of overweight and childhood obesity. Analysis of the discourse of children and adolescents, their family circle and health professionals around the body, diet and physical activity helps to bring out the contradictions.

Keywords: Childhood obesity, physical activity, working-class neighborhood, public health system, family configuration.