

IUT Paris Descartes

Département Carrières Sociales

Formation initiale

Option : Assistance Sociale

Rubrique « Meilleurs travaux étudiants »
du département Carrières sociales de l'IUT de Paris
Accueil de la page :
<<https://www.iut.parisdescartes.fr/metiers-du-social-socioculturel/meilleurs-travaux-etudiants-carrieres-sociales/>>

L'obésité infantile en France

Mémoire de DUT

Session de juin 2012

CAPITAN Anne-Laure

Directrice de mémoire : FELDMAN Marion

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier tout particulièrement ma directrice de mémoire, Marion Feldman, qui, grâce à ses compétences et connaissances, a su m'orienter et me conseiller tout au long de mon travail.

Je remercie également toutes les personnes que j'ai pu rencontrer lors de mes recherches, et qui m'ont ainsi permis de parfaire mon travail.

Enfin, pour le soutien constant qu'ils ont eu à mon égard tout au long de ma réflexion, je souhaite remercier ma famille et mes proches.

Sommaire

Introduction	1
I. Définition	3
A. Présentation de l'obésité infantile.....	3
B. Comment reconnaître l'obésité chez l'enfant ?	4
C. Approche mondiale et évolution du phénomène	6
II. Origines et Conséquences de l'obésité infantile	9
A. Les divers facteurs de l'obésité des enfants.....	9
• Les facteurs environnementaux, socioculturels et familiaux	9
• Le facteur génétique.....	14
• Les facteurs psychologiques.....	15
• Les facteurs physiques.....	19
B. Les conséquences de l'obésité des enfants.....	20
• En milieu scolaire	20
• Au sein de la sphère familiale	21
• D'ordre psychique	22
• D'un point de vue social et professionnel.....	24
• Au niveau médical	25
III. Dispositifs mis en place	28
A. Dispositifs collectifs	28
• Cadre juridique.....	28
• Cadre préventif	31
• Autres démarches	35
B. Dispositifs individuels	37
• Moyens thérapeutiques et médicaux.....	37
• Implication familiale	41
• Moyens éducatifs et sportifs.....	43
Conclusion.....	45
Sources documentaires.....	47
Annexes	51

Introduction

Tout d'abord, le choix de mon mémoire s'est porté sur l'obésité des enfants, étant donné que de nos jours, c'est une problématique qui se fait de plus en plus présente au sein de notre société. Cette croissance affolante de l'obésité infantile représente un réel danger sanitaire, d'autant plus que le nombre d'enfants concernés augmente rapidement chaque année. Ainsi, du fait de cette situation complexe dont les enfants sont la cible, il m'a semblé important d'étudier ce phénomène de société. Enfin, ce mémoire s'attachera à traiter uniquement de l'obésité des enfants âgés de 0 à 11 ans, soit jusqu'au stade de la préadolescence.

Maladie héréditaire ou encore épidémie mondiale selon l'O.M.S, l'obésité est actuellement un véritable problème majeur de santé publique¹. Elle touche actuellement toute la population, soit toutes les catégories sociales et concerne aussi bien les adultes que les enfants. D'ailleurs, le nombre de personnes en situation d'obésité (adultes et enfants confondus) ne cesse d'augmenter depuis ces dernières décennies. Cependant, ce n'est que depuis la fin des années 90 que, devenus alarmants, les chiffres ont alors commencé à inquiéter les pouvoirs publics. Il ne s'agit donc plus ici d'un simple souci esthétique corporel mais d'une véritable maladie.

Pour ce qui est des enfants, la prévalence de l'obésité infantile est tout aussi inquiétante. En effet, miroirs de leurs milieux familiaux respectifs, les enfants sont eux aussi victimes de l'obésité. En France, le nombre d'enfants souffrant d'obésité aurait triplé en 20 ans. Aujourd'hui, un enfant sur cinq est en surcharge pondérale, soit 3,5% d'entre eux sont obèses et environ 14,3% sont en surpoids². Ces chiffres ne sont donc pas négligeables et nécessitent une prise en charge rapide, et ce, afin d'éviter une progression trop importante.

De plus, ce problème commence seulement à être reconnu aux yeux de la société française. Ce n'est que depuis peu que des publicités, à titre de prévention, véhiculent des conseils diététiques. Mais qu'en est-il du repérage de l'obésité, et notamment ici, celle des enfants ? Beaucoup de familles ne se rendent pas compte de l'obésité de leur enfant, entre

¹ L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est une institution de l'ONU (Organisation des Nations Unies), agissant dans le cadre de la santé publique. En 1997, l'OMS reconnaît l'obésité comme étant une maladie. Elle utilise même le terme d'épidémie pour qualifier son évolution : <www.who.int>.

² LEMOINE, Jean-François et OBERKAMPF, Bernadette. L'obésité de l'enfant. Clamecy : Jacob-Duvernet, coll. « Les guides France Info », 2005. p. 3.

bien potelé, dodu, et obèse, celles-ci ont bien souvent du mal à faire la différence. Dans cette situation, le rôle que joue la famille semble être fondamental et surtout déterminant dans l'évolution et le développement de l'enfant. Néanmoins, son implication doit être complémentaire aux différentes interventions de professionnels de soins, nécessaires au bon suivi médical de l'enfant.

En somme, l'obésité infantile constitue un réel problème de société et une problématique dont l'enfant ne peut se sortir seul. Physique disgracieux, handicap social et/ou physique, gêne psychologique, ou encore maladie chronique évolutive, nombreuses sont les perceptions de l'obésité³. Il apparaît alors nécessaire de se demander en quoi l'obésité infantile est susceptible de rendre le développement de l'enfant vulnérable ? Et surtout, quelles mesures sont ou devraient être apportées afin de contrôler l'évolution de cette pathologie ?

Dans un premier temps, l'obésité sera définie dans sa globalité tout en précisant les différentes méthodes utilisées pour la détecter.

Ensuite seront exposées les origines et conséquences de l'obésité infantile, pour enfin aborder les mesures mises en place afin de remédier à cette problématique.

³ Conseil Général de l'Essonne. Éducation à la santé en matière de nutrition et de prévention de l'obésité infantile, 2008. p. 4.

I. Définition

A. Présentation de l'obésité infantile

L'obésité, au sens large du terme, est « un état caractérisé par un excès de masse adipeuse répartie de façon généralisée dans les diverses zones grasses de l'organisme »⁴. Dans le cadre de l'obésité infantile, il s'agit d'un excédent de masse grasse au niveau du tissu adipeux⁵ de l'enfant. En revanche, la définition de l'obésité dite « pédiatrique », est établie à partir de la répartition de l'IMC (Indice de Masse Corporelle), en fonction des critères physiologiques que sont l'âge et le sexe. Enfin, l'obésité comprend deux degrés différents : l'obésité de degré 1 et l'obésité de degré 2, plus importante⁶.

L'obésité, infantile ou non, fut observée dans un premier temps, essentiellement au sein des pays industrialisés. À présent, celle-ci s'étend également dans les autres. Elle est donc observée aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement. Cette évolution a surtout été observée entre les années 70 et 90. Avant cette période, l'obésité n'était étudiée qu'en termes de facteur de risque de mortalité ou de pathologies graves⁷.

Au vue de cette augmentation considérable et surtout mondiale, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) parle même d'épidémie mondiale de l'obésité. L'obésité est alors devenue en quelque sorte, la première maladie non infectieuse de l'Histoire⁸. D'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé place actuellement la prévention ainsi que la prise en charge de l'obésité, comme étant une priorité du domaine de la pathologie nutritionnelle.

Pour ce qui est plus précisément de l'obésité infantile, ce n'est pas quelque chose de nouveau en soit. Cette problématique a toujours existé. En revanche, ce qui est actuel, c'est le fait que le surpoids et l'obésité infantile aient considérablement augmenté au cours des

⁴ Définition extraite du *Dictionnaire de Médecine*, Flammarion.

⁵ Le tissu adipeux est un tissu où le corps effectue son stock de cellules grasses, permettant ainsi la production d'énergie, ce qui est essentiel pour l'activité des organes vitaux.

⁶ Conseil Général de l'Essonne. « Obésité : que nous dit l'épidémiologie ? ». *Bulletin Santé*, nov. 2011, n°37, p. 28.

⁷ *Ibid.* p. 28.

⁸ OMS – Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization), *op. cit.*

vingt dernières années. Selon l'Étude Nationale Nutrition Santé de 2006 (ENNS), parmi les enfants âgés de 3 à 17 ans, 14,3 % sont en surpoids et 3,5 % sont victimes d'obésité⁹.

De plus, il est bon d'insister sur le fait qu'en cas d'obésité infantile, le risque de rester obèse à l'âge adulte s'élève à 80 %, selon le rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur la Prévention de l'Obésité, en septembre 2008¹⁰. Ce chiffre, tout de même considérable, nécessite donc une prise en charge conséquente des enfants à risque.

De même, au-delà d'être une pathologie à part entière, l'obésité infantile serait aussi et surtout un problème d'éducation et de santé publique. Néanmoins, elle est également la cause de l'interaction entre divers facteurs¹¹.

Par ailleurs, il n'est pas rare de se demander comment déceler l'obésité infantile et surtout à quel moment. Pour cela, il existe des méthodes spécifiques pouvant prévenir des risques d'obésité, et ce, avant même que cette pathologie ne se soit véritablement déclarée.

B. Comment reconnaître l'obésité chez l'enfant ?

Reconnaître l'obésité chez l'enfant est une notion plus difficile à définir que chez l'adulte. En effet, car la taille par exemple, varie beaucoup en grandissant. Le plus souvent, l'obésité est, à tort, associée au poids. Cependant, il est bon de noter que le poids ne permet pas à lui seul de détecter s'il y a obésité ou non¹². Hormis la proportion de masse grasseuse, il est bon de prendre également en compte dans le poids, le tissu osseux, l'eau ou encore le muscle.

De plus, chez l'enfant, la masse grasseuse augmente entre 0 et 1 an puis, diminue jusqu'à 6 ans, et ce, avant d'augmenter à nouveau. Ce va-et-vient de masse grasseuse correspond à ce que l'on appelle le rebond d'adiposité. Or, si celui-ci intervient entre 2 et 6 ans, il y a alors un risque important d'obésité¹³. Dans ce cas, la charge pondérale de l'enfant sera à surveiller.

⁹ LEMOINE, Jean-François et OBERKAMPF, Bernadette, *op. cit.*, p. 3.

¹⁰ BATENBAUM, Charles. Actualit-newsEnvironnement, « Obésité infantile, des enfants de plus en plus jeunes », janv. 2009. (page consultée le 10/10/12)

<<http://www.actualites-news-environnement.com/19373-obesite-infantile-enfants-jeunes.html>>

¹¹ Conseil général de l'Essonne. « En trente ans, le monde a grossi : La gourmandise et l'enfance ». *Bulletin Santé*, fév. 2011, n°31, p. 43.

¹² BORYS, Jean-Michel et TREPPOZ, Sophie. *L'obésité de l'enfant*. Paris : Masson, 2004. p. 65.

¹³ *Ibid.* p. 66.

Ainsi, afin de suivre l'évolution du poids de l'enfant, les spécialistes utilisent le même indicateur que celui de l'adulte, à savoir le poids sur la taille au carré, appelé IMC (Indice de Masse Corporelle)¹⁴ ou, Body Mass Index, en anglais, (BMI). En revanche, lors de l'utilisation de l'IMC, il est important de prendre en compte certes, la taille et le poids, mais aussi et surtout le sexe et l'âge de l'enfant. Une fois le calcul de l'IMC effectué, le résultat doit être interprété. Si la somme obtenue est comprise entre 18 et 25, l'individu est alors de corpulence normale. En revanche, une personne est considérée obèse dès lors que son IMC atteint 30. Enfin, de 25 à 30, il s'agit tout simplement d'un surpoids sans effet réellement néfaste pour la santé de l'individu¹⁵.

Tableau représentant l'interprétation du calcul de l'IMC chez l'enfant et l'adulte¹⁶

IMC (Kg/m²)	Interprétation du résultat
Moins de 16,5	Dénutrition
16,5 à 18,5	Maigreur
18,5 à 25	Corpulence Normale
25 à 30	Surpoids
30 à 35	Obésité modérée
35 à 40	Obésité sévère
40 et plus	Obésité morbide ou massive

Lorsque l'IMC est utilisé dans le cadre du suivi de l'enfant, le résultat obtenu est reporté sur des courbes dites de « corpulence »¹⁷. Ces courbes permettent, grâce à des standards internationaux, de définir si un enfant est en surpoids, s'il est obèse ou bien encore s'il est, au contraire, en état d'insuffisance pondérale. L'enfant est alors considéré comme étant en surpoids dès lors que le chiffre obtenu et reporté sur la courbe de corpulence dépasse le 97^e centile¹⁸ de cette dernière. Dans ce cas, il s'agira dans un premier temps d'une obésité de degré 1. Cependant, si le résultat est bien au-delà du 97^e centile de la courbe (soit supérieur à un IMC de 30), il s'agira là d'une obésité de degré 2¹⁹. Il est d'ailleurs bon de préciser

¹⁴ Indice de masse corporelle (IMC) = Poids (kg) / Taille² (m)

¹⁵ BORYS, Jean-Michel et TREPPOZ, Sophie, *op. cit.*, p. 1.

¹⁶ *Ibid.*, p. 1.

¹⁷ *Ibid.*, p. 2.

¹⁸ Unité de mesure selon laquelle 1 centile est égale à 1 %.

¹⁹ BORYS, Jean-Michel et TREPPOZ, Sophie, *op. cit.*, p. 67.

que ces courbes de corpulence sont présentes dans chaque carnet de santé, permettant ainsi un meilleur suivi de l'enfant tout au long de sa croissance²⁰.

Par ailleurs, mise à part l'IMC, il semblerait que des chercheurs américains aient récemment mis au point un tout nouvel indicateur d'obésité : l'Indice de Masse Adipeuse (IMA). Ce nouvel indice combine la taille et le tour de hanche. Il permettrait d'évaluer l'obésité plus facilement, étant donné que, dans le cadre de l'obésité adulte, l'IMC n'est pas valable pour tous les individus. En effet, car c'est une méthode qui ne peut pas être utilisée pour les femmes enceintes (ou les femmes qui allaitent), les athlètes ou encore les personnes très musclées²¹.

En d'autres termes, procéder à l'établissement et le suivi constant des courbes de corpulence, permet de détecter rapidement une tendance à l'obésité. Il est donc fondamental que soit effectué régulièrement le calcul de l'IMC ainsi que le report systématique des valeurs sur la courbe de corpulence, et ce, tout au long du développement de l'enfant. Cela constitue un des éléments essentiels du repérage de l'excès pondéral de celui-ci²².

C. Approche mondiale et évolution du phénomène

Tout d'abord, il a été estimé qu'en 2010, plus de 42 millions d'enfants étaient en surpoids dans le monde et que près de 35 millions de ces enfants vivaient dans des pays en voie de développement²³. Selon l'OMS, la prévalence de l'obésité aurait même triplé en Europe depuis les années 1980²⁴.

Pour ce qui est de la France, il y aurait près de 8 millions d'obèses, dont 100 000 à 200 000 souffriraient d'une obésité massive (IMC supérieur ou égale à 40). La prévalence de l'obésité en France a augmenté d'environ 45 % entre 1987 et 1996²⁵. En revanche, il y a une répartition très inégale de l'obésité selon les régions. En effet, certaines régions se-

²⁰ Cf. annexes A et B, page I et II : Courbes de corpulence d'un enfant de 0 à 18 ans, selon le sexe.

²¹ [S.l.] : [s.n.]. « Obésité : Un nouvel indice de calcul ». 20 minutes, 8 mars 2011, p. 10.

²² BATENBAUM, Charles, *op. cit.*

²³ OMS – Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization), *op. cit.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ FAURE, Élisabeth. *L'obésité*, avril 2000. (page consultée le 30/10/11)
<<http://www.caducee.net/DossierSpecialises/genetique/obesite.asp>>

raient plus affectées que d'autres. De même, le pourtour méditerranéen, lui, verrait une évolution particulièrement rapide de la prévalence de l'obésité. La Corse est également touchée par cette pathologie et est même la région où il y a la plus forte prévalence de France. Il y aurait pas moins de 24 % de personnes en situation d'obésité²⁶.

D'ailleurs, les États-Unis affichaient déjà il y a une dizaine d'années, le taux d'obésité infantile le plus élevé. Cependant, depuis quelques années, la France atteindrait un rythme de progression comparable. En effet, il y aurait environ 5 % de personnes obèses en plus chaque année depuis 1997²⁷. Certes, les chiffres observés en France restent encore inférieurs à ceux des États-Unis, mais cette évolution constante devient particulièrement inquiétante. Autrement dit, si aucune mesure radicale n'est prise d'ici là, il se pourrait bien que l'écart de prévalence entre les deux pays devienne minime d'ici une quinzaine d'années²⁸. C'est d'ailleurs également le point de vue de François-Marie Caron, Président de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire : « Aujourd'hui, l'obésité touche près d'un enfant sur cinq et si rien n'est fait, les analystes prévoient qu'en 2020, la France aura rattrapé les États-Unis et ses 32% d'enfants en surpoids²⁹ ».

Cependant, les États-Unis sont tout de même conscients de cette situation et le gouvernement étudierait l'adoption d'une « fat tax »³⁰. Il s'agit là d'une politique de santé selon laquelle les produits gras saturés seraient fortement taxés au profit des fruits et légumes qui seraient au contraire, à des prix plus abordables. Le but serait bien évidemment de pouvoir contrôler la progression de l'obésité. Toutefois, une telle taxe sur la santé publique serait insuffisante vis-à-vis de l'ampleur de la situation.

Ces taxes ont d'ailleurs déjà été étudiées dans différents pays. Au Danemark, par exemple, une taxe sur les gras saturés est d'ores et déjà appliquée. Or, cette taxe n'est pas la première, elle s'ajoute à une autre déjà mise en place concernant les sodas. De plus, l'État danois estime que ces taxes généreront près de 270 millions de dollars par an³¹. Une somme considérable qui permettra notamment de financer une partie des programmes de santé publique. La Roumanie, elle, a mis en place une taxe depuis le 1^{er} mars 2011, con-

²⁶ FAURE, Élisabeth, *op. cit.*

²⁷ BORYS, Jean-Michel et TREPPOZ, Sophie, *op. cit.*, p. 19.

²⁸ BATENBAUM, Charles, *op. cit.*

²⁹ *Ibid.*

³⁰ GEOFFROY, Bruno. Protégez-vous.ca, « Taxer la malbouffe », janv. 2011. (page consultée le 03/02/12) <<http://www.potomitan.info/dictionnaire/francais.php>>

³¹ *Ibid.*

cernant trois catégories d'aliments, à savoir tout ce qui a trait à la « malbouffe », mais aussi les boissons gazeuses et les bonbons. Le gouvernement roumain évalue son bénéfice à un peu plus de 1,35 milliard de dollars, somme consacrée en partie à l'amélioration des structures de soins.

En Allemagne, à présent, il n'est pas question de taxe mais d'une interdiction visant la diffusion de publicités de friandises lors des émissions destinées aux enfants. L'Allemagne met un accent tout particulier sur la prévention de l'obésité, une nécessité selon ce pays qui compte parmi les nations européennes les plus touchées par cette pathologie³².

En ce qui concerne le Canada, la prévalence de l'obésité a doublé chez les adultes et presque triplé chez les enfants depuis les années 1970. De récentes études montrent même que près de 25 % des enfants et adolescents canadiens sont obèses ou présentent un surpoids avéré³³.

D'autre part, dans certaines îles du Pacifique, l'obésité affecte près de deux tiers de la population. La Malaisie, a elle aussi vu son taux d'obésité infantile progresser en six ans. Elle passe donc d'une proportion de 11 % d'enfants obèses en 2002, à 13,3 % en 2008³⁴.

Enfin, concernant l'Europe, le continent compte environ 30 % d'adultes en surpoids. Pour ce qui est du nombre d'enfants obèses, celui-ci a doublé en seulement cinq ans³⁵.

En somme, l'obésité ne touche pas seulement quelques pays, elle s'étend de plus en plus et commence même à ne plus concerner uniquement les pays les plus industrialisés. De plus, l'obésité est une pathologie d'autant plus problématique qu'elle touche des individus de plus en plus jeunes. Ainsi, les enfants sont de plus en plus concernés par l'obésité³⁶. Ce phénomène fulgurant et non négligeable pose donc question quant à son origine mais aussi quant aux conséquences éventuelles que cela peut provoquer.

³² GEOFFROY, Bruno, *op. cit.*

³³ BROUSSEAU, Marie-Claude. « L'enfant obèse un défi de taille ! ». *Le Médecin du Québec*, septembre 2011, vol. 46, n°9, p. 57.

³⁴ HAZLIN, Hassan. « Laissez-moi mon nasi lemak ! : Obésité infantile en Malaisie ». *Direct Matin*, 2011, n°888, p. 16.

³⁵ FAURE, Élisabeth, *op. cit.*

³⁶ Conseil Général de l'Essonne. « Obésité : que nous dit l'épidémiologie ? », *op. cit.*, pp. 28-29.

II. Origines et Conséquences de l'obésité infantile

A. Les divers facteurs de l'obésité des enfants

S'il y a une question existentielle qui persiste encore de nos jours, c'est bien celle de l'origine de l'obésité. Or, actuellement, nous ne pouvons répondre de manière précise à la question. Quoiqu'il en soit, les connaissances sur le sujet progressent et permettent de définir l'obésité comme étant multifactorielle. Elle est la conséquence, tant de facteurs génétiques que de facteurs comportementaux et bien d'autres encore.

- Les facteurs environnementaux, socioculturels et familiaux

De nos jours, la société nous offre un accès facile et permanent à une alimentation trop riche énergiquement et bon marché. Patrick Tounian parle même d'environnement « obésogène » lorsqu'il évoque la société de consommation dans laquelle nous vivons aujourd'hui³⁷. L'évolution des modes de vie, les modifications de comportements alimentaires ou encore l'accroissement de la sédentarité, ont bien évidemment des répercussions considérables sur notre métabolisme. Selon une étude de l'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire)³⁸, la tendance de l'homme actuel est de manger davantage mais moins bien, et ce, tout en réduisant l'activité physique beaucoup plus qu'auparavant³⁹. Ainsi, il existe un réel déséquilibre entre l'énergie consommée et celle dépensée, ce qui constitue déjà un des premiers facteurs d'obésité. Il est d'ailleurs possible de citer les mauvaises habitudes quotidiennes qui limitent nos dépenses physiques⁴⁰. En effet, lors d'un déplacement quelconque, la voiture est systématiquement privilégiée au détriment du vélo ou de la marche à pied, activités pourtant plus bénéfiques pour le corps. De même, les habitants d'un immeuble ont tendance à emprunter davantage les ascenseurs plutôt que les escaliers. Ces pratiques courantes poussent de plus en plus à la sédentarité ou du moins limitent considérablement les efforts physiques, favorisant ainsi l'apparition de l'obésité.

³⁷ TOUNIAN, Patrick et AMOR, Safia. *Obésité Infantile, on fait fausse route !*. Paris : Bayard, coll. « Aux côtés des enfants », 2008. p. 29.

³⁸ AFPA – Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. www.afpa.org

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Programme National Nutrition Santé. « La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous ». *La santé vient en mangeant et en bougeant*, septembre 2002. p. 106.

Par ailleurs, de nombreux travaux montrent que les enfants sont très sensibles aux publicités alimentaires qui se font de plus en plus présentes au sein de notre société. Ces spots influencent les enfants et les incitent à modifier leur comportement alimentaire.

D'ailleurs, d'après l'étude ENNS (Étude Nationale Nutrition Santé) de 2006, il semblerait que les enfants entre 3 et 17 ans passent environ trois heures devant un écran de télévision, d'ordinateur ou bien encore devant une console de jeux vidéo. Or, ce comportement augmenterait de 20 % la prise alimentaire d'un enfant, qui, captivé, aurait tendance à vouloir grignoter et ne se rendrait donc pas compte de la quantité de ce qu'il mange, d'autant plus qu'il s'agira de produits riches en calories (bonbons, gâteaux, biscuits salés)⁴¹.

La nutrition est donc un phénomène de société, elle doit alors être prise en compte aussi bien en milieu scolaire que familial.

Pour ce qui est de l'école, elle est un moyen efficace de véhiculer des informations auprès des enfants. En effet, la cantine scolaire doit être un exemple selon lequel l'alimentation y serait la plus équilibrée possible. Dans ce cadre, il semble important que les enfants bénéficient d'une alimentation saine afin qu'ils puissent développer de bonnes habitudes alimentaires. Cependant, la cantine scolaire est encore très souvent critiquée. En effet, elle a en général pour réputation de préparer des menus peu savoureux, peu ou pas équilibrés, avec une ambiance plus ou moins bruyante, ce qui incite peu à y manger⁴². Pourtant, il existe une circulaire interministérielle, datant de juin 2001, qui précise « les recommandations en matière de nutrition et de sécurité alimentaire en restauration scolaire⁴³ ». Cette circulaire fournit des indications spécifiques (fréquence des aliments, composition des repas, portions adaptées selon l'âge des enfants, limitation de certains produits riches en graisses, en sel et en sucre), afin que les responsables de la restauration puissent être guidés dans l'élaboration des plats et des menus.

D'autre part, il n'est pas exclu de constater que bon nombre de parents glissent dans le cartable de leurs enfants, une petite collation pour 10h, servant à les faire patienter jusqu'à

⁴¹ Conseil général de l'Essonne. « En trente ans, le monde a grossi : La gourmandise et l'enfance », *op. cit.* p. 43.

⁴² Conseil Général de l'Essonne. « Alimentation de l'enfant et de l'adolescent : Quelle place pour les fast-foods ? ». *Bulletin santé*, mai 2009, n°15, p. 22.

⁴³ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents ». La santé vient en mangeant et en bougeant, septembre 2004. p. 133.

l'heure du déjeuner. Or, il faut savoir que cette collation a été mise en place après la Seconde Guerre Mondiale, dans le seul but d'améliorer les apports en calcium chez les enfants, et ce, par la distribution de lait⁴⁴. Cependant, cette collation a progressivement remplacé le lait par la consommation de gâteaux, barres chocolatées ou encore de boissons sucrées. Ainsi, n'étant plus justifiée, de nombreux professionnels de la santé (nutritionnistes, pédiatres etc.), militent pour la supprimer. D'ailleurs, lors de notre entretien, l'infirmière de P.M.I (Protection Maternelle et Infantile), Madame GEYER⁴⁵, a beaucoup insisté sur les méfaits de cette collation. Elle m'a également expliqué qu'elle se rend régulièrement dans les douze écoles primaires de la ville, afin d'effectuer des bilans santé (tests visuels, auditifs, cognitifs etc.). Or, c'est par le biais de ces déplacements, qu'elle a pu constater que des écoles proposaient encore à tous les enfants, un petit déjeuner sous les coups de 10h30. Elle a donc invité les directeurs de chacun des établissements, par le biais de réunions, à abolir radicalement la collation du matin, et ce, tout en leur expliquant que cette dernière augmente inutilement l'apport calorique quotidien de l'enfant et favorise, par la même occasion, le grignotage. Néanmoins, le Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche, a encouragé les enseignants à suivre les recommandations des professionnels de la santé tout en proposant toutefois une alternative, celle de proposer, éventuellement, un petit déjeuner équilibré aux enfants qui n'en auraient pas pris un chez eux, et ce, dès leur arrivée à l'école⁴⁶.

En d'autres termes, l'école doit s'inscrire dans une logique d'apprentissage aussi bien au niveau intellectuel que diététique et éducatif. Cependant, hormis l'école, l'environnement pédagogique le plus important reste bien évidemment le milieu familial.

En effet, il est indispensable qu'il y ait des règles d'hygiène de vie familiales sensées et justes, sans pour autant qu'elles soient trop normatives et/ou contraignantes. Ainsi, il est vrai qu'un enfant de 11 ans par exemple, doit éviter de manger des produits trop riches tels que les pâtisseries et confiseries. Cependant, il peut en manger du moment que cela reste exceptionnel. Il n'est pas nécessaire de faire de l'équilibre alimentaire une obsession. Quoiqu'il en soit, le rôle que jouent les parents dans l'éducation de leurs enfants est fondamen-

⁴⁴ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, p. 138.

⁴⁵ Entretien avec M^{me} GEYER Marie-Thérèse, infirmière P.M.I (Protection Maternelle et Infantile), à Étampes (91), le 10/05/12 à 14h. (Cf. Annexe C, p. III).

⁴⁶ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, p. 138.

tal vis-à-vis du développement physique et psychologique de ces derniers. Ils incarnent l'exemple à suivre et se doivent donc d'inculquer des règles et des principes respectables⁴⁷. Ainsi, l'éducation alimentaire dépend des règles d'hygiène de vie familiale. Comme l'a souligné M. Nouredine ZAALOUNI, Directeur de la Maison des Parents, à Trappes (78), lors de notre entretien, ce sont les parents qui effectuent les courses alimentaires⁴⁸. De ce fait, ils sont inévitablement à l'origine des denrées présentes au sein du foyer. Il en va alors de leur responsabilité si l'enfant consomme régulièrement des produits trop riches énergiquement. On parle même d'« hérédité de table » pour évoquer cette transmission de mauvaises habitudes alimentaires⁴⁹.

D'autre part, la Maison des Parents reçoit des parents accompagnés obligatoirement de leurs enfants dans le cadre d'entretiens individuels et/ou de groupes de parole. Lors de ces échanges, les parents et leurs enfants sont invités à évoquer les troubles relationnels parent/enfant qu'ils rencontrent. Or, les troubles alimentaires, et notamment l'obésité, font partie des thèmes qui reviennent le plus souvent. C'est d'ailleurs par le biais de ces entretiens que les professionnels ont remarqué que les habitudes alimentaires diffèrent beaucoup selon l'origine culturelle de la famille, point sur lequel le Directeur a beaucoup insisté. Dans certaines cultures, comme en France, il y a trois à quatre repas par jour, et ce, à des heures plus ou moins fixes. En revanche, dans une autre culture comme en Asie du Sud Est par exemple, il n'y a pas vraiment d'heure pour le repas, mais on mange peu et plusieurs fois dans la journée. Aux États-Unis, malgré des horaires précis, on observe principalement une alimentation de plus en plus déstructurée avec énormément de grignotage entre les repas principaux⁵⁰. De même, selon certaines cultures, un enfant présentant un embonpoint est synonyme de bonne santé contrairement à la culture française par exemple, où celui-ci représente un problème de santé à traiter. Cette perception peut donc en partie favoriser des habitudes alimentaires poussant à la surconsommation de certains aliments inappropriés et trop riches⁵¹.

⁴⁷ Conseil Général de l'Essonne. Éducation à la santé en matière de nutrition et de prévention de l'obésité infantile, *op. cit.*, p. 15.

⁴⁸ Entretien avec M. Nouredine ZAALOUNI, Directeur de la Maison des Parents, à Trappes (78), le 09/05/12, à 11h. (Cf. Annexe D, p. IV).

⁴⁹ Conseil Général de l'Essonne. Éducation à la santé en matière de nutrition et de prévention de l'obésité infantile, *op. cit.*, p. 22.

⁵⁰ *Ibid.* p. 55.

⁵¹ *Ibid.*

Par ailleurs, selon l'Étude « ObÉpi » de 2000⁵², les familles les plus défavorisées seraient les plus touchées par l'obésité. La plupart de ces familles manqueraient de repères nutritionnels ce qui favoriserait une alimentation déséquilibrée, qualifiée de « malbouffe »⁵³. Ce manque de repères nutritionnels favorise alors la prise de repas déséquilibrés voire déstructurés (horaires inadaptés par exemple), impliquant une prise de poids souvent très conséquente, et ce, qu'il s'agisse des parents ou bien des enfants. D'ailleurs, bien souvent, les parents n'ont pas conscience de l'importance d'agir le plus tôt possible lorsqu'il s'agit d'une prise de poids importante de leur enfant⁵⁴. De plus, l'obésité infantile n'est pas facilement décelable et notamment à ces débuts. Or, c'est à ce moment précis qu'il est plus facile de traiter cette pathologie⁵⁵.

En somme, la famille est considérée comme la base du développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Elle a une influence considérable sur son comportement, sa santé et sa qualité de vie. Le surpoids et/ou l'obésité chez les parents peuvent donc être des facteurs non négligeables, contribuant au surpoids de l'enfant.

En revanche, selon Patrick TOUNIAN, pédiatre et nutritionniste⁵⁶, la stigmatisation que subissent les obèses expliquerait pourquoi les milieux défavorisés sont principalement les plus touchés par ce phénomène. Ce serait donc, selon lui, cette stigmatisation qui les orienterait vers la précarité. De ce fait, d'après son hypothèse, cela provoque des résultats scolaires médiocres, puis des difficultés à l'embauche. En d'autres termes, P. TOUNIAN considère que ce n'est pas la précarité qui conduit à l'obésité, mais l'inverse. De plus, il ne discerne qu'un seul facteur amenant à l'obésité : le facteur génétique. Selon lui, il s'agit du seul véritable facteur capable de déclencher l'obésité.

⁵² L'Étude ObÉpi de l'an 2000 est la 2^e enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France, rapport INSERM-Institut Roche. Cette étude a commencé en 1997 et s'effectue tous les trois ans.

⁵³ La « malbouffe » est un terme employé pour qualifier la nourriture jugée mauvaise diététiquement, du fait notamment de sa faible valeur nutritive et de sa forte teneur en graisses et/ou en sucres.

⁵⁴ AVELLAN, Christine. « Danger ! Bébé grignote toute la journée... ». *Infobébés*, nov.-déc. 2005, n°51, p. 26.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 26.

⁵⁶ TOUNIAN, Patrick et AMOR, Safia, *op. cit.*, 128 p.

- Le facteur génétique

L'obésité infantile n'est pas provoquée uniquement par des facteurs extérieurs. Elle peut l'être également par des facteurs internes tels que les gènes. En effet, un petit nombre de gènes aurait un impact important sur la corpulence et la répartition de la masse dite « grasse » dans le corps⁵⁷. Dans ce cas, l'enfant d'un ou de deux parents obèses, hérite d'une prédisposition génétique à l'obésité. L'Étude « ObÉpi » a démontré que le risque de devenir obèse pour un enfant dont au moins un de ses parents souffre d'obésité, est multiplié par quatre, et par huit si ses deux parents le sont. Cela dit, l'hérédité représenterait seulement 30 % du développement de l'obésité. De ce fait, un enfant de parents obèses n'a que 70 % de chances environ de ne pas le devenir, et ce, à condition qu'il grandisse dans un environnement convenable⁵⁸. Autrement dit, certes, l'hérédité joue un rôle dans l'obésité, mais cela ne signifie pas que l'enfant le deviendra forcément.

En outre, il est possible également d'évoquer les facteurs endocrinologiques tels que des dérèglements hormonaux et/ou glandulaires qui peuvent avoir pour conséquence une prise de poids involontaire.

Selon Patrick TOUNIAN, pédiatre et nutritionniste, « nous ne sommes pas égaux devant l'obésité et cela même si nous appartenons à la même famille. Une telle disparité est le résultat d'une prédisposition génétique différente. En d'autres termes, seuls les enfants ayant une telle susceptibilité génétique peuvent devenir obèses. Les autres n'ont aucun risque, quels que soient leur façon de s'alimenter, le temps qu'ils passent devant la télévision ou leurs attraits pour le sport⁵⁹. »

Cependant, malgré le point de vue bien arrêté du Docteur P. TOUNIAN, selon plusieurs spécialistes et autorités sanitaires, l'obésité reste essentiellement due à un déséquilibre alimentaire⁶⁰. Néanmoins, les études et la plupart des spécialistes reconnaissent ce facteur de risque génétique. En revanche, ils estiment que cela n'explique pas cette augmentation manifeste de l'obésité infantile.

De plus, il serait bon d'ajouter que l'obésité infantile touche aussi bien les filles que les garçons. Il n'y a donc pas de réelle différence entre les deux sexes. Enfin, mise à part les facteurs sociaux, économiques et culturels qui seraient en priorité responsables de

⁵⁷ TOUNIAN, Patrick et AMOR, Safia, *op. cit.*, p. 16.

⁵⁸ BORYS, Jean-Michel. *Idées reçues : L'obésité*. Paris : Cavalier Bleu Eds, coll. « Idées Reçues », 2007. 128 p.

⁵⁹ TOUNIAN, Patrick et AMOR, Safia, *op. cit.*, p. 16.

⁶⁰ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. « Programme National Nutrition-Santé : PNNS 2001-2005 ». Communiqué de presse, 31 janv. 2001. 13 p.

l'obésité, on s'intéresse à présent également à d'autres facteurs tels que les troubles psychologiques.

- Les facteurs psychologiques

Certains troubles psychologiques (dépression, anxiété, stress, etc.) peuvent provoquer des troubles alimentaires chez l'enfant telle que la boulimie ou encore l'anorexie et donc modifier les comportements alimentaires de l'enfant.

Tout d'abord, il serait bon d'aborder le facteur psychologique de l'obésité pédiatrique, en évoquant avant tout le principe de la psychanalyse. Premièrement, Sigmund FREUD, psychanalyste autrichien, parle de plaisir auto-érotique de l'enfant, car selon lui, la sexualité infantile est fragmentée en différents stades, et ce, de manière progressive tout au long du développement de l'individu. Ces stades sont tous liés entre eux par des zones érogènes⁶¹ bien déterminées (bouche, sphincter, appareils génitaux). Ainsi, il évoque un stade oral (jusqu'à 18 mois), anal (18 mois à 3 ans), phallique ou œdipien (3 à 7 ans) ainsi qu'un stade génital (dès l'adolescence et constitue aussi la sexualité normale de l'adulte)⁶².

Or, concernant le stade oral, le nourrisson accorderait une certaine importance à la notion d'oralité. Il est bon de préciser que cette notion renvoie au comportement et à l'activité orale de l'enfant, tout deux élaborés par la réunion d'un ensemble d'événements psychologiques, biologiques et fonctionnels⁶³. On distingue d'ailleurs deux formes d'oralité : l'oralité alimentaire, qui a trait, comme son nom l'indique, à l'absorption d'aliments par l'orifice de la bouche et d'autre part, l'oralité verbale, correspondant à la communication verbale de l'enfant. Cependant, à partir de l'oralité alimentaire, on différencie encore l'oralité primaire, relative à la succion, de l'oralité secondaire ayant rapport à la mastication. Autrement dit, l'enfant éprouverait un certain plaisir à stimuler les lèvres et la bouche, qualifiées de zones érogènes. Ainsi, la notion d'oralité serait essentielle durant les premiers temps de la vie psychique de l'enfant, du fait qu'elle condense les notions de besoin ali-

⁶¹ Une zone érogène est une zone du corps humain ayant une grande sensibilité, qui stimulée, peut provoquer du plaisir à connotation sexuelle.

⁶² FELDMAN, Marion. Cours de Psychologie du développement, année 2010-2011 et 2011-2012.

⁶³ PETROVIC, Benjamin. « Psychopathologie et narrativité dans l'obésité infantile ». *La psychiatrie de l'enfant*, 2009, Vol. 52, pp. 45-61.

mentaire, de plaisir auto-érotique et de relation à l'objet dans les travaux de Sigmund FREUD⁶⁴.

De ce fait, il apparaît que la notion d'oralité puisse être indirectement impliquée dans les causes de l'obésité infantile, où, cherchant à assouvir un besoin de satisfaction, l'enfant utilise alors l'oralité afin de ressentir un sentiment de plaisir et de soulagement⁶⁵. Cependant, chez l'enfant, le fait de surinvestir l'oralité, soit de répondre de manière excessive à ce besoin via l'ingestion d'aliments, peut favoriser un déséquilibre énergétique. En d'autres termes, cela signifie que les apports alimentaires sont supérieurs aux dépenses énergétiques. Notons également que cette pulsion peut être provoquée soit, par une brusque réaction au désir œdipien⁶⁶ devenu frustrant, soit au contraire, par une défense narcissique de l'image de soi (l'enfant se crée une image idéale mais imaginaire de lui-même)⁶⁷.

D'autre part, la notion d'oralité permet également de se représenter la différenciation du *Moi* et de l'objet pour K. Abraham, M. Klein et D. W. Winnicott⁶⁸.

W. Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais, désigne le *Moi* ou le self (traduction anglaise du *Moi*) comme étant l'image consciente que le sujet se fait de lui-même et qui s'avère être véridique. De plus, afin que l'enfant se construise normalement et donc qu'il développe correctement son *Moi*, W. Winnicott invoque trois processus essentiels dans la maturation du *Moi* qui sont⁶⁹ :

- le *holding*, qui correspond à la manière dont est porté le bébé ;
- le *handling*, qui représente la manière de soigner et de traiter le bébé ;
- l'*object presenting*, qui symbolise la façon dont on se comporte avec le bébé, comme par exemple la façon dont on lui présentera un objet.

Cependant, W. Winnicott distingue le vrai du faux *Self* (soit le *Moi*) qui lui, correspond à une instance que s'est constitué l'enfant afin de faire face à une situation plus ou

⁶⁴ PETROVIC, Benjamin, *op. cit.*, pp.45-61.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ Notion faisant référence à la mythologie grecque. Le désir œdipien correspond au principe selon lequel l'enfant aurait une attirance sexuelle inconsciente pour le parent de sexe opposé, et ressentirait au contraire, l'envie d'éliminer l'autre parent de même sexe.

⁶⁷ PETROVIC, Benjamin, *op. cit.*, pp.45-61.

⁶⁸ FELDMAN, Marion, *op. cit.*

⁶⁹ *Ibid.*

moins déstabilisante pour lui⁷⁰. Il se met alors dans une position défensive impliquant, de ce fait, des réactions inadaptées. Il est alors possible d'associer le faux *Self* avec la problématique de l'obésité. Ne trouvant pas de repères stables, l'enfant se crée une fausse image de lui visant à le protéger d'une situation difficile. Logiquement, l'enfant doit trouver en ses figures d'attachement (il s'agit généralement de la figure maternelle), le réconfort dont il a besoin. Or, si tel n'est pas le cas ou du moins si cela est insuffisant, l'enfant aura tendance à trouver une autre solution à ces maux : l'objet transitionnel. L'objet dit transitionnel est censé faire le lien entre la relation à sa mère et les situations éventuelles dans lesquelles il se retrouve seul. Il permet donc à l'enfant d'apaiser ses angoisses. Dans le cas de l'obésité infantile, on peut faire le lien entre la nourriture et l'objet transitionnel dont a besoin l'enfant lorsqu'il n'arrive plus à gérer une situation embarrassante. Ainsi, afin d'apaiser les tensions internes qui le tiraillent, il va alors chercher à trouver du réconfort en mangeant. Cependant, ce plaisir reste éphémère, ce qui l'invitera à répéter ce comportement autant de fois que nécessaire⁷¹.

L'anxiété, le stress ou encore la contrariété peuvent donc entraîner chez l'enfant de fortes envies de manger, l'incitant ainsi à user de manière excessive du plaisir de l'oralité vu précédemment. Tel un désir obsessionnel, l'enfant se sentira obligé de répondre à son besoin, à sa pulsion, et ce, afin de pouvoir se sentir mieux par la suite. D'ailleurs, selon la théorie de l'externalité (selon S. Schachter, en 1974)⁷², les enfants obèses seraient plus sensibles aux stimuli externes (signaux envoyés par l'environnement) qu'aux stimuli internes (signaux envoyés par leur propre corps : faim, satiété, etc.). En d'autres termes, les enfants dits « internes », ne mangeront que parce qu'ils répondent au besoin biologique de leur corps, qu'est la faim⁷³. En revanche, les enfants dits « externes », ont eux, tendance à répondre à un besoin autre que biologique, tels qu'un besoin social (horaires des repas), affectif (éprouve du plaisir à manger) ou encore psychoaffectif (manque sentimental)⁷⁴. Par conséquent, ces enfants mangeraient par simple réflexe inconscient et non par véritable

⁷⁰ FELDMAN, Marion, *op. cit.*

⁷¹ BUDOWSKI, Max. « Obésité infantile et troubles psychologiques : cause ou conséquence ? ». La revue du praticien Médecine Générale, nov. 2007, Tome 21, n°788/789, p. 1058.

⁷² PETROVIC, Benjamin, *op. cit.*, pp.45-61.

⁷³ Besoin physiologique d'apport en d'énergie. La sensation de faim est créée par le cerveau dès lors que le corps a détecté un manque glucose.

⁷⁴ BUDOWSKI, Max, *op. cit.*, p. 1057.

faim. De même, ce n'est pas non plus par satiété⁷⁵ qu'ils s'arrêteraient mais par obligation, du fait qu'ils n'aient plus rien à manger ou tout simplement parce qu'ils l'auraient décidé spontanément⁷⁶. Cependant, cette hypothèse n'est pas systématique car tous les enfants obèses ne sont pas forcément externalistes tout comme les enfants de faible corpulence ne sont pas systématiquement internalistes.

Quoi qu'il en soit, il semblerait que les enfants obèses aient du mal à surmonter leurs émotions sur le plan psychologique. De ce fait, c'est par une impulsivité soudaine qu'ils tentent, par le passage à l'acte (prise alimentaire), d'assouvir un besoin autre que physiologique (soit naturel), par lequel ils éprouvent du plaisir et se sentent comme soulagés, apaisés.

Par ailleurs, il est bon d'ajouter que pour le bien psychologique de l'enfant, la relation mère-enfant est fondamentale. D'après la Théorie de W. Winnicott, il est nécessaire que la mère fasse preuve d'empathie vis-à-vis de son enfant, selon ce qu'il appelle la « préoccupation maternelle primaire »⁷⁷. Elle se doit donc de savoir interpréter les demandes de son bébé de manière précise et d'y répondre de manière adaptée, mais certainement pas par une administration de nourriture. Le cas échéant, l'enfant ne pourra pas apprendre à dissocier les réactions émotionnelles des autres sensations physiologiques telles que la faim et la satiété. Le risque étant que par la suite, devenu adulte, celui-ci se mette à manger à chaque manifestation émotionnelle, persuadé de ressentir la faim. La mère doit alors être en quelque sorte, le miroir de son bébé⁷⁸.

En résumé, les troubles psychologiques de l'enfant peuvent être en partie responsables de l'obésité infantile. En effet, ayant trouvé pour seule solution à ses tensions émotionnelles, l'absorption d'aliments, l'enfant pourra vite se retrouver dans un état presque addictif vis-à-vis de la nourriture. De ce fait, cela pourra conduire à une prise de poids excessive, ce qui ne s'arrangera pas avec la sédentarisation éventuelle de l'enfant.

⁷⁵ La satiété est le fait de se sentir rassasié, soit le fait d'avoir apporté suffisamment d'énergie. Cette sensation perdure jusqu'à ce que le corps ressente à nouveau le besoin d'un apport d'énergie.

⁷⁶ PETROVIC, Benjamin, *op. cit.*, pp.45-61.

⁷⁷ FELDMAN, Marion, *op. cit.*

⁷⁸ *Ibid.*

- Les facteurs physiques

De nos jours, bon nombre d'enfants ne pratiquent pas ou très peu d'activités physiques régulières, ce qui constitue un des facteurs principaux de la prise de poids chez les enfants. Ayant besoin d'une alimentation riche et équilibrée dans le but de leur assurer un meilleur développement morphologique, les enfants doivent se dépenser régulièrement, et ce, de façon à ce qu'ils ne stockent pas la totalité de l'énergie absorbée⁷⁹. Le cas échéant, son corps aura tendance à tout stocker dans les tissus adipeux, provoquant ainsi l'apparition d'un surpoids.

D'ailleurs, la sédentarité se fait de plus en plus présente chez les enfants. Ils raffolent de jeux vidéo, de l'ordinateur ou encore de la télévision, habitudes les dissuadant d'effectuer toute activité physique. Les jeux d'autrefois, de nature plus active, semblent être vraisemblablement révolus⁸⁰. Aujourd'hui, les enfants passent de moins en moins de temps à jouer à des jeux physiques. Cette évolution, en partie due à l'évolution de la société, favorise fortement l'apparition de l'obésité chez l'enfant. C'est pourquoi, il est du ressort du milieu scolaire, mais aussi et surtout du milieu familial d'initier les enfants à l'activité physique, besoin essentiel du corps, qu'il s'agisse de l'enfant tout comme de l'adulte⁸¹.

En somme, l'obésité infantile est d'origine multifactorielle et l'ensemble de ses facteurs semble être lié indirectement les uns aux autres. De plus, il est difficile de définir réellement toutes les causes de l'obésité, car elles diffèrent beaucoup selon les diverses réflexions entreprises autour de la question⁸². Cependant, hormis cela, l'obésité implique également des conséquences diverses et variées pour l'enfant. Il apparaît alors impératif de les évoquer.

⁷⁹ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, pp. 62-63.

⁸⁰ QUINART, S. et MANGA, Carrola. « L'activité sportive chez un jeune en surpoids : une prescription ? ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2011, n°24, pp. 270-271.

⁸¹ Programme National Nutrition Santé. « La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous », *op. cit.*, p. 106

⁸² Conseil Général de l'Essonne. Éducation à la santé en matière de nutrition et de prévention de l'obésité infantile, *op. cit.*, p. 22.

B. Les conséquences de l'obésité des enfants

L'obésité est une pathologie très complexe, dans le sens où elle ne se résume pas à des conséquences purement médicales. Son apparition implique toutes sortes de désagréments pour l'enfant qui en est atteint.

- En milieu scolaire

L'obésité n'est pas une pathologie facile à vivre au quotidien, notamment lorsqu'elle est pointée du doigt par les autres. L'environnement scolaire est d'ailleurs le milieu où se produisent tous les premiers maux⁸³. Les enfants sont souvent connus pour dire la vérité. Encore inconscients de la dureté de certains de leurs propos, ils ne cherchent donc pas à atténuer leurs points de vue. De même, l'école est principalement le lieu où l'on a tendance à s'observer mutuellement. La manière de s'habiller, de se tenir, de se comporter, de travailler, rien n'est épargné⁸⁴. Ainsi, si l'un de leur camarade se trouve obèse, ils ne se cacheront pas pour lui dire et bien lui faire comprendre qu'il n'est pas comme les autres, et ce, malgré que cela doive passer par des moqueries et injures de mauvais goût. Or, le problème est que l'enfant obèse rencontre des difficultés pour s'habiller du fait de sa corpulence, mais aussi pour se tenir, se comporter et travailler.

L'épreuve sportive est d'ailleurs le moment le plus redouté par les enfants en surpoids. Ces derniers ne peuvent pas suivre au même rythme et à la même intensité que les autres⁸⁵. Ainsi, le fait que les enfants obèses aient des difficultés à réaliser les exercices sportifs demandés, fera à nouveau l'objet de plaisanteries blessantes. Cependant, en dépit de leurs difficultés, les enfants obèses apprécieraient les jeux plus ou moins physiques. Cependant, « chez l'enfant en surpoids, cet engouement peut progressivement disparaître lorsqu'il est confronté à des moqueries » et ainsi provoquer plusieurs formes de malaises tels que l'anxiété, l'agressivité, la perte de confiance en soi, ou encore l'isolement⁸⁶.

De plus, les enfants obèses subissent des agressions initialement verbales, mais qui peuvent aller jusqu'à l'agression physique, et ce, tout au long de leur scolarité, de la mater-

⁸³ QUINART, S. et MANGA, Carrola, *op. cit.*, p. 268.

⁸⁴ *Ibid.* p. 267.

⁸⁵ « A chacun son histoire : Enfants obèses, leur combat contre les kilos en trop », Direct 8, diffusée à 20h40.

⁸⁶ QUINART, S. et MANGA, Carrola, *op. cit.*, p. 267.

nelle à l'école primaire, puis au collège⁸⁷. Cette situation, plus qu'embarrassante pour l'enfant qui souffre déjà de son poids, entraînera chez lui un sentiment de rejet et même d'humiliation. Il ne pourra que se sentir différent une fois de plus et se renfermera alors sur lui-même. Par conséquent, cet isolement vis-à-vis des autres se révélera être néfaste pour sa scolarité et son bien-être psychique. Les enfants obèses arrivent parfois à ne plus vouloir se rendre sur les bancs de l'école de peur de se retrouver une fois encore confrontés aux regards des autres enfants⁸⁸. C'est la raison pour laquelle ils s'arrangeront pour rester chez eux, mais ne trouveront pour seule occupation que l'ordinateur ou la télévision, activités propices au grignotage⁸⁹. Le grignotage sera effectivement le seul remède à leur problème étant donné que cela leur procurera du plaisir. Cette spirale, ce cercle vicieux, se renferme alors sur eux, sans qu'ils ne puissent le rompre seul. Ils souffrent et n'ont trouvé que la nourriture où se réfugier⁹⁰.

De la moquerie quotidienne à l'école, à la problématique vestimentaire, se crée une véritable mésestime de soi, un retrait social et, bien souvent, des comportements alimentaires déstructurés censés apaiser leur mal-être. Or, si tel est le cas dans l'espace scolaire, qu'en est-il de l'atmosphère familiale de l'enfant ?

- Au sein de la sphère familiale

Dans le cadre de l'obésité en général, et plus particulièrement de l'obésité infantile, la sphère familiale est déterminante dans le bien-être de l'enfant obèse. C'est le milieu dans lequel l'enfant évolue depuis son enfance, et c'est aussi ce même milieu qui peut être à l'origine de son obésité⁹¹. Il arrive parfois que les parents soient en situation d'obésité. Cependant, cela n'aura pas les mêmes conséquences sur leur enfant selon que ces derniers le vivent bien ou non et qu'ils en prennent conscience ou pas. Il arrive quelques fois que les parents, eux aussi obèses, acceptent et vivent plutôt bien leur surpoids. De ce fait, ils

⁸⁷ QUINART, S. et MANGA, Carrola, *op. cit.*, p. 266.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 268.

⁸⁹ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, pp. 126-127.

⁹⁰ FRELUT, Marie-Laure. *L'obésité de l'enfant et de l'adolescent*. ? : Odile Jacob, 2003. 188 p.

⁹¹ « Tellement vrai : Édition spéciale, Ces enfants hors normes », NRJ12, diffusée le 16/10/11 à 20h45.

auront tendance à sous-estimer l'obésité de leur enfant, qui lui, ne le vivra pas forcément bien⁹².

De plus, si l'enfant est le seul de la famille à souffrir d'obésité, il peut faire l'objet de stigmatisation par ses frères et sœurs et même éventuellement par ses parents aussi. Il pourra se voir reprocher son appétence excessive pour la nourriture. De là, il sera alors accusé d'être le seul responsable de son obésité, sans même chercher à connaître l'origine de ce rapport particulier avec la nourriture⁹³. Là encore, l'enfant supportera mal cette situation plus que difficile. Seul face à son obésité, il se mettra alors une fois de plus à l'écart.

En résumé, l'enfant obèse peut soit se sentir rejeté par sa famille qui ne comprend pas son envie constante de manger, soit, au contraire, se sentir mal à l'aise avec un corps obèse que ses parents ont tendance à trop banaliser. A noter que dans ce contexte, il n'est pas question de l'obésité dite « héréditaire », qui elle n'est pas essentiellement due à une prise alimentaire quelconque, mais à l'implication de certains gènes.

Enfin, l'enfant obèse vit déjà un problème de stigmatisation en milieu scolaire, et peut, s'il vit la même situation chez lui, développer de sérieux troubles psychologiques, nuisibles pour son bien être mental et physique⁹⁴.

- D'ordre psychique

Dans le cadre de l'obésité, la psychologie de l'enfant semble s'apparenter à un cercle vicieux. En effet, les troubles psychologiques peuvent provoquer des troubles alimentaires et donc amener au problème que constitue l'obésité. Cependant, ce cheminement peut également se concevoir dans le sens inverse⁹⁵. En effet, l'obésité peut entraîner de nombreux troubles psychologiques. La stigmatisation et l'exclusion sociale renforcent notamment les symptômes anxio-dépressifs (anxiété et dépression confondues) parfois observés chez l'enfant⁹⁶.

⁹² « Tellement vrai : Édition spéciale, Ces enfants hors normes », *op. cit.*

⁹³ Conseil général de l'Essonne. « En trente ans, le monde a grossi : La gourmandise et l'enfance », *op. cit.*, p. 47.

⁹⁴ QUINART, S. et MANGA, Carrola, *op. cit.*, p. 271.

⁹⁵ BUDOWSKI, Max. *op. cit.*, p. 1057.

⁹⁶ *Ibid.*

D'ailleurs, selon une étude de Sami RICHA, psychiatre⁹⁷, il y aurait actuellement de plus en plus de personnes adultes en situation d'obésité qui consulteraient pour un problème d'impact sur leur estime de soi avec en plus de cela, des troubles anxieux et dépressifs. Or, on observe les mêmes symptômes chez les enfants obèses.

Il faut savoir que l'obésité peut provoquer de graves troubles psychiques, à commencer par une perte de l'estime de soi. L'enfant ne se sent pas suffisamment à l'aise dans ce corps et se voit comme étant un enfant hors norme⁹⁸. Il a alors du mal à se sentir comme n'importe quel autre enfant de son âge. Dénigré, insulté et méprisé par les autres, l'enfant obèse aura tendance à manquer de confiance en lui et à se sentir inférieur du fait de sa corpulence singulière⁹⁹. La société elle-même lui fait sentir sa différence, chose qu'il a forcément du mal à comprendre et à assimiler¹⁰⁰. Ressenti tel un rejet, l'enfant, frustré, aura alors de plus en plus de mal à s'accepter lui-même et ne trouvera pas de véritable solution à son mal-être, si ce n'est la nourriture.

De plus, du fait de son obésité avérée, il est possible que, sous les conseils d'une tierce personne, l'enfant se soit mis au régime. Or, les répercussions psychologiques des régimes peuvent amener à une véritable frustration, une baisse encore plus conséquente de l'estime de soi, ainsi que des comportements compulsifs (agressivité, troubles alimentaires etc.)¹⁰¹. Un enfant qui se sent privé de la chose dont il a besoin, apparenté à une addiction alimentaire, aura alors immédiatement le réflexe d'en demander toujours plus dès qu'il en aura l'occasion. Il aura peur, qu'à un moment donné, il ne puisse plus assouvir son besoin. De ce fait, il sera davantage tenté de prendre une grande quantité d'aliments dès que possible, censé faire perdurer sa sensation de plaisir dans le temps¹⁰². De même, un régime

⁹⁷ Sami, RICHA. « Impact psychologique des maladies chroniques ». *Annales de philosophie et des sciences humaines*, 2006, n°22, pp. 325-333.

⁹⁸ QUINART, S. et MANGA, Carrola, *op. cit.*, p. 268.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, p. 86.

¹⁰² Conseil général de l'Essonne. « En trente ans, le monde a grossi : La gourmandise et l'enfance », *op. cit.*, p. 46.

alimentaire restrictif est susceptible d'avoir des conséquences sur la croissance de l'enfant¹⁰³.

Dans ce cas, il serait plus judicieux de lui inculquer les bases d'une alimentation saine et surtout, de chercher à comprendre pourquoi la nourriture est devenue pour lui, une telle obsession. Si l'enfant répond à un besoin en ingurgitant de grandes quantités de nourriture, c'est qu'il cherche malgré lui, soit de manière inconsciente, à apaiser un malaise interne qui le ronge¹⁰⁴.

En d'autres termes, soucieux de retrouver les moments rassurants de son enfance (stade des premiers mois), l'enfant voit en la prise alimentaire, une des seules solutions efficace qu'il a trouvée pour l'apaiser et lui donner du plaisir. Or, ce comportement renforce l'obésité, qui elle accentue la mésestime de soi via le regard des autres, provoquant à nouveau un malaise psychologique. Cependant, excepté les conséquences scolaires, familiales et psychiques, l'obésité infantile provoquera également, à long terme, des complications au niveau social et professionnel.

- D'un point de vue social et professionnel

Bien évidemment, l'obésité de l'enfant peut persévérer à l'âge adulte et avoir les mêmes conséquences que lors de l'enfance : stigmatisation, repli sur soi, dépression. Or, l'obésité infantile, bien qu'elle concerne l'enfant, peut avoir des conséquences non négligeables sur la vie sociale et professionnelle future de l'individu¹⁰⁵.

Premièrement, d'un point de vue social, du fait de cette différence physique, les enfants obèses auront donc bien souvent un réseau social moins riche, avec moins de contacts sociaux que les autres enfants du même âge¹⁰⁶. Ce manque de lien social aura des conséquences notoires sur la vie professionnelle de l'enfant. En effet, stigmatisé en milieu scolaire, l'enfant obèse ne cherchera pas à faire de longues études et aura même tendance à

¹⁰³ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, p. 86.

¹⁰⁴ Conseil général de l'Essonne. « En trente ans, le monde a grossi : La gourmandise et l'enfance », *op. cit.*, p. 46.

¹⁰⁵ DARGENT, Jérôme. Le corps obèse : obésité, science et culture ? : Éditions Champ Vallon, coll. « Milieux », 2005. 258 p.

¹⁰⁶ TOUNIAN, Patrick et AMOR, Safia, *op. cit.*, p. 93.

vouloir les arrêter de manière précoce. Ce bouleversement scolaire impliquera donc, par la suite, des complications au niveau professionnel¹⁰⁷. De plus, ayant des chances de rester obèse à l'âge adulte, l'individu en question aura alors encore moins de chance de trouver un travail, notamment s'il s'agit d'un emploi impliquant un contact direct avec les usagers. La stigmatisation constante dont fait l'objet l'obésité, est vraisemblablement un frein au niveau du domaine professionnel, qu'il s'agisse d'obésité infantile ou non¹⁰⁸. Une personne à forte corpulence sera systématiquement associée à une personne passive et paresseuse dont le physique n'en est pas moins disgracieux vis-à-vis de la clientèle¹⁰⁹.

Cependant, l'obésité est aussi et avant tout une particularité physique pouvant occasionner diverses complications médicales plus ou moins graves.

- Au niveau médical

Au-delà des conséquences psychiques ou encore sociales, l'obésité provoque avant tout de nombreuses conséquences médicales. Ce n'est, en effet, pas qu'une simple question d'apparence. Une surcharge pondérale excessive a bien évidemment des impacts importants sur la santé de l'enfant¹¹⁰.

Dans un premier temps, l'obésité infantile est un facteur de risque majeur de maladies. Il peut provoquer de graves problèmes cardiovasculaires, articulaires, respiratoires, ou même encore orthopédiques. Les complications cardiovasculaires sont d'ailleurs responsables d'une mortalité plus précoce et considérable chez les personnes obèses¹¹¹. L'obésité chez l'enfant provoque une élévation de la pression artérielle et donc une hypertension artérielle pouvant être dangereuse pour l'enfant. D'ailleurs, les lésions artérielles précoces détectées chez l'enfant obèse persisteraient par la suite, et ce, quelle que soit l'évolution de sa corpulence¹¹².

Pour ce qui est des conséquences articulaires et orthopédiques, le poids excessif de l'enfant obèse repose totalement sur ses articulations ce qui, par conséquent, les détériore progressivement. De même, on observe chez les enfants obèses des entorses à répétitions

¹⁰⁷ « A chacun son histoire : Enfants obèses, leur combat contre les kilos en trop », *op. cit.*

¹⁰⁸ BORYS, Jean-Michel et TREPPOZ, Sophie, *op. cit.*, pp. 20,28.

¹⁰⁹ « A chacun son histoire : Enfants obèses, leur combat contre les kilos en trop », *op. cit.*

¹¹⁰ BORYS, Jean-Michel et TREPPOZ, Sophie, *op. cit.*, p. 26.

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² *Ibid.*

dues une fois de plus au poids excessif de l'enfant, qui use de manière précoce les appuis du corps, à savoir, les chevilles¹¹³.

Par ailleurs, l'obésité entraîne aussi des complications cutanées. Il est possible qu'un enfant obèse souffre de problèmes de peau tels que des frottements (plus généralement au niveau des cuisses et des aisselles), des vergetures (dues à un étirement trop conséquent de la peau, notamment au niveau de l'abdomen, des seins et des fesses), ou encore des macérations des plis et mycoses (ne pouvant plus respirer, la peau entre les plis se décompose).

De même, pour un enfant de sexe masculin et victime d'obésité, on remarque l'apparition d'une gynécomastie. La gynécomastie n'est autre qu'un grossissement de la poitrine de l'enfant due à un dysfonctionnement de certaines hormones sexuelles par le tissu adipeux¹¹⁴. Or, malgré un éventuel amaigrissement de l'enfant, certaines gynécomasties ne disparaissent pas. Elles devront donc faire l'objet d'une prise en charge chirurgicale. Ce symptôme, assimilé à une forme de « féminisation », est bien entendu très mal vécu chez le garçon, d'autant plus qu'il engendre bon nombre de réflexions désobligeantes¹¹⁵. À noter également que le garçon en surpoids peut aussi souffrir de la présence d'un pseudo micro-pénis. En fait, bien que cela constitue une source d'inquiétude pour l'enfant, son appareil génital est en fait de dimension tout à fait normale¹¹⁶. Cependant, celui-ci est en partie caché sous une masse de tissus adipeux pré-pubiens conséquente. Autrement dit, la masse grasse présente au niveau de la zone génitale est si conséquente, qu'elle camoufle une partie de l'appareil génital de l'enfant. Pour ce qui est des jeunes filles obèses, on constate un dysfonctionnement au niveau des ovaires, entraînant par exemple un trouble des règles ou encore un retard de l'âge de démarrage de la puberté¹¹⁷. Toutefois, ce symptôme reste encore assez rare.

De plus, l'obésité infantile est également associée au diabète non insulino-dépendant de type II, appelé aussi diabète gras ou diabète de la maturité. Cependant, cette appellation commence peu à peu à disparaître étant donné que cette forme de diabète, jusqu'alors connue uniquement chez les adultes, concerne à présent des individus de plus en plus

¹¹³ BORYS, Jean-Michel et TREPPOZ, Sophie, *op. cit.*, p. 27.

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ TOUNIAN, Patrick et AMOR, Safia, *op. cit.*, p. 92.

¹¹⁶ BORYS, Jean-Michel et TREPPOZ, Sophie, *op. cit.*, p. 27.

¹¹⁷ *Ibid.*

jeunes¹¹⁸. Le diabète de type II correspond à une insuffisance de sécrétion d'insuline¹¹⁹, due à une consommation accrue de nourriture que le corps ne parvient plus à réguler. En revanche, pour ce qui est du diabète de type I, celui-ci est insulino-dépendant et est aussi appelé diabète juvénile. De plus, contrairement au diabète de type II, celui-ci correspond à l'absence d'insuline dans le corps. En d'autres termes, cette hormone n'est pas fabriquée naturellement par l'organisme et nécessite donc une injection régulière de celle-ci afin de réguler l'apport en sucre.

Par ailleurs, il existe bien des formes de complications liées à l'obésité telles que le cholestérol, l'apnée du sommeil, l'arthrose, l'infertilité, l'insuffisance veineuse, le reflux gastro-œsophagien, ou bien encore l'incontinence urinaire¹²⁰.

Quoi qu'il en soit, l'obésité provoque de nombreux troubles et serait également un des facteurs de risques majeurs pour certains cancers comme le cancer de l'intestin et le cancer du sein. L'obésité réduirait même l'espérance de vie de 10 ans selon le rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur la prévention de l'obésité en septembre 2008¹²¹. C'est la raison pour laquelle, au vu de l'ensemble des caractères problématiques que comporte l'obésité infantile, il semble primordial que soient mis en place des dispositifs adéquats, et ce, afin d'enrayer cette situation plus qu'inquiétante.

¹¹⁸ [S.l.] : [s.n.], SantéMédecine.net, « Journée de dépistage de l'obésité infantile : les chiffres », janv. 2008. (page consultée le 12/03/12) <<http://sante-medecine.commentcamarche.net/news/100000-journee-de-depistage-de-l-obesite-infantile-les-chiffres>>

¹¹⁹ Hormone produite par le pancréas. Celle-ci permet l'entrée du sucre dans les cellules. De ce fait, un manque d'insuline peut s'avérer être très dangereux, voire mortel.

¹²⁰ BORYS, Jean-Michel et TREPPOZ, Sophie, *op. cit.*, p. 27.

¹²¹ Conseil Général de l'Essonne. « Obésité : que nous dit l'épidémiologie ? », *op. cit.*, p. 31.

III. Dispositifs mis en place

L'obésité infantile est beaucoup plus qu'un problème physique, elle est à présent un problème majeur de société qui doit être pris en charge par les services publics. De ce fait, depuis les années 90, moment où l'on commença réellement à s'y intéresser, plusieurs mesures se sont mises en place, dont certaines perdurent encore aujourd'hui¹²². Certes, l'obésité en France augmente, mais elle n'est en aucun cas une fatalité. En effet, car il est possible de la traiter.

A. Dispositifs collectifs

Avant de remédier au problème de manière individuelle, il est bon de s'attacher en premier lieu à l'échelon collectif. L'obésité n'est pas due exclusivement à des dysfonctionnements d'ordre personnel. Elle est aussi la conséquence même de l'évolution sociétale. C'est pourquoi, il est d'abord nécessaire de remédier au problème de l'obésité, et ce, via la société elle-même, qu'il s'agisse aussi bien du cadre juridique que préventif.

- Cadre juridique

Pour enrayer l'épidémie d'obésité de l'enfant il est important qu'il y ait un réel engagement politique, accompagné d'une collaboration de nombreux intervenants publics ou bien privés¹²³. Le gouvernement, les partenaires internationaux, la société civile, les ONG (Organisations Non Gouvernementales) ou encore le secteur privé ont des rôles essentiels à jouer dans la création d'un environnement sain et stable pour l'ensemble de la population. L'alimentation doit être une des priorités, afin qu'elle puisse être abordable et facilement accessible de tous. Selon l'OMS, une approche multisectorielle s'impose pour réaliser des progrès durables et conséquents¹²⁴.

¹²² Conseil Général de l'Essonne. « Obésité : que nous dit l'épidémiologie ? », *op. cit.*, p. 28.

¹²³ AFPA – Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, *op. cit.*

¹²⁴ OMS – Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization), *op. cit.*

Tout d'abord, il est important de rappeler le PNNS (Plan National Nutrition Santé) lancé en 2001. Ce plan de santé publique fut mis en place dans le but d'améliorer l'état de santé de la population, en agissant sur l'une de ses références majeures : la nutrition¹²⁵. D'après le PNNS, la nutrition représente l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses produites par l'activité physique. Ainsi, le champ d'action du PNNS étant national, tend à vouloir proposer des recommandations fiables et scientifiquement avérées, accessibles de tous : individus quelconques et professionnels (des secteurs concernés) confondus.

Ce Plan Santé (PNNS), a permis de fournir un cadre de référence en matière d'alimentation, a conçu de nombreux outils et a même permis de mobiliser des acteurs divers et variés (Ministères, élus locaux, professionnels des domaines de la santé et de l'activité physique, de l'éducation ou du domaine social, bénévoles etc.). Pour ce qui est de ses objectifs initiaux, ils ont eu pour la plupart, l'effet escompté¹²⁶. Il s'agissait notamment de la volonté de réduire en priorité, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, mais aussi de faire chuter la consommation de la population en termes de sel et de sucre, et ce, au profit de celle des fruits et légumes¹²⁷.

Néanmoins, les résultats observés n'ont pas eu le même impact selon les régions et les types de population ciblés. C'est la raison pour laquelle le PNNS fût prolongé en 2006¹²⁸. Actuellement, la lutte contre les inégalités sociales vis-à-vis de la santé, reste encore un objectif prioritaire du Plan National Nutrition Santé 2011-2015¹²⁹.

Concernant l'environnement scolaire, il faut savoir que les distributeurs automatiques sont interdits dans tous les établissements scolaires depuis septembre 2005, dans le cadre de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique¹³⁰. Cette mesure concerne aussi bien les distributeurs automatiques de boissons que de produits alimentaires. C'est lors de différents débats, que les Sénateurs ont jugé la présence de distributeurs, comme étant néfaste pour la santé des jeunes. Ils inciteraient davantage les enfants à grignoter entre les repas, favorisant donc en partie l'apparition de l'obésité. D'ailleurs,

¹²⁵ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés, *op. cit.* 13 p.

¹²⁶ LEMOINE, Jean-François et OBERKAMPF, Bernadette, *op. cit.* p. 10-11.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ Conseil Général de l'Essonne. « Nutrition : l'alimentation et le bien-être de l'enfant ». *Bulletin Santé*, sept. 2011, n°36, p. 41.

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ Conseil Général de l'Essonne. « Nutrition : l'alimentation et le bien-être de l'enfant », *op. cit.*, p. 40.

l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA) rejoint aussi cette idée. Toutefois, elle ajoute à cela que leur présence met à disposition des produits trop gras, trop sucrés, et trop salés, ce qui est en totale contradiction avec les objectifs du Programme National Nutrition Santé¹³¹.

Par ailleurs, toujours dans le cadre du PNNS, il est important d'évoquer le REPOP (Réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie). Celui-ci met en place l'instauration d'un principe de partenariat entre « des professionnels de santé, libéraux, hospitaliers, de santé scolaire et de protection maternelle et infantile autour de la prise en charge et de la prévention de l'obésité pédiatrique »¹³². En revanche, ce dispositif n'est pas effectué au niveau national, il ne concerne que cinq régions françaises : l'Île-de-France, la Franche-Comté, le Rhône-Alpes, le Midi Pyrénées et l'Aquitaine. Le but de ce réseau est de permettre la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile via un panel diversifié de professionnels¹³³. Le REPOP propose ainsi un suivi s'inscrivant sur le long terme, soit minimum deux ans. L'objectif étant de permettre une amélioration progressive de la situation pour de meilleurs résultats. De ce fait, les professionnels participants sont amenés à aller à l'encontre des familles et en particulier des enfants, de manière régulière. Lors d'interventions préventives au sein des établissements scolaires ou de toute autre infrastructure accueillant des enfants, les professionnels rappellent les principes d'une bonne hygiène de vie autour d'ateliers ludiques et éducatifs¹³⁴. Pour ce qui est de l'activité sportive à l'école, elle bien évidemment encouragée. Cette dernière permet une dépense énergétique régulière. Ainsi, du fait de son caractère régulier, l'enfant assimilera l'activité physique comme étant l'un des besoins essentiels de son corps¹³⁵.

¹³¹ Conseil Général de l'Essonne. « Nutrition : l'alimentation et le bien-être de l'enfant », op. cit., p. 41.

¹³² REPOP – Réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie. <<http://www.repop.fr>>

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Entretien avec Mme GEYER Marie-Thérèse, Infirmière P.M.I à Étampes (91), le 10/05/12 à 14h. (Cf. Annexe C, p. III).

¹³⁵ *Ibid.*

Depuis, il y eut encore bon nombre de propositions de lois relatives à la prévention et à la lutte contre l'obésité. Chaque année, de multiples dispositifs de prévention se mettent en place, visant à prévenir des risques d'obésité pédiatrique. D'ailleurs, de nombreux programmes de santé, découlant du PNNS, furent organisés dans différentes villes et Départements de la France. Cependant, beaucoup d'entre eux sont stoppés par faute de moyens des collectivités territoriales¹³⁶.

- Cadre préventif

Tout d'abord, dans le cadre de la prévention primaire, le poids, ainsi que le comportement alimentaire de la future maman, font l'objet d'une surveillance régulière. En effet, car il existe bien souvent un lien entre la prise de poids de la mère pendant la grossesse et le poids du bébé à sa naissance¹³⁷. De ce fait, un enfant né avec un surpoids, aura plus de chances de se trouver en situation d'obésité par la suite. La prise importante de sucre chez la femme enceinte peut, non seulement entraîner un diabète pour la mère, mais peut également engendrer des troubles du métabolisme chez le nouveau né.

Ensuite, et ce jusqu'à l'adolescence, il est important de veiller à ce que l'enfant dit « à risques », ait de bonnes habitudes alimentaires. Il devra en plus bénéficier d'un suivi médical afin d'éviter tout rebond d'adiposité équivoque¹³⁸. D'ailleurs, selon plusieurs études, l'allaitement maternel diminuerait les risques d'obésité de l'enfant puisqu'il l'initierait à l'autorégulation et à la diversification alimentaire¹³⁹. Par conséquent, plus on prolonge l'allaitement, moins il y aurait de risques que le nourrisson devienne obèse en grandissant.

De plus, il est admis que la prévention constitue un des meilleurs moyens de combattre l'épidémie d'obésité infantile, et ce, en dépit des divers traitements mis à disposition, qui eux, visent essentiellement à contrôler le problème plutôt que de le résoudre¹⁴⁰. Dans le cadre de la prévention de l'obésité pédiatrique, le but recherché est de permettre à tout in-

¹³⁶ Entretien avec M. Nouredine ZAALOUNI, Directeur de la Maison des Parents, à Trappes (78), le 09/05/12, à 11h. (Cf. Annexe D, p. IV).

¹³⁷ Conseil Général de l'Essonne. « Nutrition : l'alimentation et le bien-être de l'enfant », *op. cit.*, p. 39.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 40.

¹³⁹ *Ibid.*, pp. 36-37

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 41.

dividu tel qu'il soit, d'acquérir un équilibre énergétique pouvant perdurer tout au long de sa vie¹⁴¹. Pour ce faire, de nombreuses campagnes préventives se développent.

Ainsi, dans le cadre du PNNS et depuis le 25 février 2007, par le décret relatif à la loi du 6 août 2004, visant à ralentir la progression de l'obésité en France, chaque publicité alimentaire de produits gras, sucrés, ou salés, doit obligatoirement afficher un message sanitaire¹⁴². Les messages sanitaires diffusés se présentent de la manière suivante :

- « Manger au moins 5 fruits et légumes par jour » ;
- « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé » ;
- « Pour votre santé, évitez de grignotez entre les repas » ;
- « Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière ».

D'ailleurs, un site web a même été créé pour l'occasion : < mangerbouger.fr >. Celui-ci fournit des informations et conseils pratiques quant à l'adoption d'une bonne hygiène de vie (alimentation équilibrée et activité physique régulière).

Or, comme le souligne le professeur Serge Hercberg, directeur de recherche en nutrition à l'Inserm (Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale) et président du comité de pilotage permanent du « PNNS » (Programme National Nutrition Santé), « il faut éduquer, informer, communiquer, et faire beaucoup d'autres actions pour que l'offre alimentaire soit en cohérence avec ces messages¹⁴³ ».

En France, plus de 87% des publicités télévisées visent le jeune public et portent sur des produits alimentaires très gras ou très sucrés, souligne UFC-Que Choisir (association de consommateurs)¹⁴⁴. De plus, la majorité des spots publicitaires diffusés aux moments où les enfants sont devant la télévision, ne cessent de vanter les mérites de produits alimentaires dont la consommation devrait rester occasionnelle¹⁴⁵. C'est pourquoi, l'éducation alimentaire de l'enfant doit prendre en compte le développement de son esprit critique face à ces publicités. C'est justement dans ce cadre que les messages sanitaires doivent sensibiliser les personnes et principalement les enfants, aux risques pour la santé d'une mauvaise nutrition, et ainsi les inciter à vivre sainement¹⁴⁶. En revanche, afin que l'objectif de ces

¹⁴¹ Conseil Général de l'Essonne. « Nutrition : l'alimentation et le bien-être de l'enfant », *op. cit.*, p. 41.

¹⁴² Conseil Général de l'Essonne. « Alimentation de l'enfant et de l'adolescent : Quelle place pour les fast-foods ? », *op. cit.*, p. 28.

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, p. 126.

¹⁴⁶ *Ibid.*

messages soit réellement atteint, ces derniers doivent aussi être diffusés aux antennes radio, dans la presse ou encore sur internet, et ce, dès lors qu'il s'agit d'une publicité alimentaire dont le produit serait jugé trop gras, trop sucré et/ou trop salé. Le cas échéant, la personne morale à l'origine de l'annonce devra s'acquitter d'une taxe de 1,5 % du montant de son investissement publicitaire, à l'attention de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé)¹⁴⁷.

À noter également, qu'en plus des messages sanitaires joints aux publicités, il existe des publicités purement préventives qui revendiquent, elles aussi, une alimentation riche en fibres, fruits, légumes, et ce, au détriment de tout produits gras, sucrés et salés. Bien évidemment, pour ce qui est du grignotage entre les repas, il est à proscrire. De plus, la population est vivement incitée à effectuer une activité physique modérée, voire intense, de manière régulière, et d'au moins une heure par jour. Ainsi, les parents sont invités à sortir avec leurs enfants le plus souvent possible¹⁴⁸.

D'après l'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire), les habitudes alimentaires se prennent dès le plus jeune âge¹⁴⁹. C'est la raison pour laquelle il apparaît essentiel d'apprendre aux enfants à bien choisir leurs aliments et de leur faire découvrir de nouvelles saveurs¹⁵⁰. De plus, il est primordial de veiller à la convivialité des repas, de manger lentement, et de ne pas se resservir, le tout afin d'éprouver du plaisir à manger. Il est également fortement recommandé aux parents de faire participer leurs enfants à l'achat des aliments, ainsi qu'à leur préparation, afin de les sensibiliser le plus tôt possible à l'importance d'une bonne alimentation¹⁵¹. Or, le fait d'impliquer l'enfant à l'achat et à la préparation des aliments, l'incitera davantage à manger des fruits et légumes dans la mesure où il se sentira concerné par sa propre alimentation.

¹⁴⁷ Conseil Général de l'Essonne. « Alimentation de l'enfant et de l'adolescent : Quelle place pour les fast-foods ? », *op. cit.*, p. 28.

¹⁴⁸ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, pp. 62-63.

¹⁴⁹ AFPA – Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. *Op. cit.*

¹⁵⁰ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, pp. 78-79.

¹⁵¹ *Ib.*, pp. 80-81.

Par ailleurs, afin d'agir de manière plus efficace en terme de prévention de l'obésité infantile, il est fondamental de sensibiliser avant tout les parents : principaux acteurs dans le développement de l'obésité. En effet, comme vu précédemment, le cercle familial, et plus précisément les parents, ont une part de responsabilité importante vis-à-vis du surpoids de leur enfant. Généralement et par manque de temps en semaine, les parents ont tendance à servir des plats préparés à leurs enfants. Cependant, ces plats industriels tels que les lasagnes, les gratins ou encore les plats en sauce, ne soulèvent aucun avantage, si ce n'est la rapidité de leur préparation. Riches en apport calorique, ils favoriseraient la prise de poids et donc d'une obésité. En revanche, le week-end, les parents semblent avoir plus de temps pour cuisiner des plats faits maison. De ce fait, ils s'adonnent à une cuisine plus équilibrée mais ne parviennent pas à la faire apprécier de leurs enfants qui restent, malgré tout, habitués à un type de préparation industriel¹⁵². Ainsi, il apparaît alors plus judicieux de cibler directement les parents, une des sources principales du problème. C'est seulement suite à la sensibilisation des parents en premier lieu, que les enfants se doivent d'être informés à leur tour. Il n'est pas question de les mettre à l'écart d'une campagne de prévention qui les concerne, et ce, malgré le jeune âge de certain d'entre eux.

D'autre part, toujours dans le cadre de la lutte contre l'obésité infantile, chaque visite médicale doit comprendre le contrôle de l'IMC de l'enfant par le médecin généraliste ou par le médecin pédiatre. Ceci permettra de veiller à ce qu'aucun rebond d'adiposité ne perturbe le développement futur du jeune individu.

Concernant la prévention, Patrick TOUNIAN, pédiatre et nutritionniste, n'y voit pas la même nécessité que la plupart des autres professionnels de la santé. Il estime que généraliser la prévention est un moyen supplémentaire de stigmatiser encore un peu plus les enfants obèses¹⁵³. D'après lui, cela risquerait d'augmenter la discrimination déjà importante dont ces enfants sont victimes. Il propose pour cela de développer des actions ciblées uniquement sur les enfants à risque par le biais notamment des parents¹⁵⁴. A noter que selon sa réflexion, les enfants à risque seraient essentiellement ceux ayant un rebond d'adiposité précoce (survenant avant l'âge de 6 ans), et ceux dont un ou les deux parents seraient

¹⁵² Entretien avec M. Nouredine ZAALOUNI, Directeur de la Maison des Parents, à Trappes (78), le 09/05/12, à 11h. (Cf. Annexe D, p. V).

¹⁵³ TOUNIAN, Patrick et AMOR, Safia, *op. cit.*, pp. 114-115.

¹⁵⁴ *Ibid.*, pp. 117-118.

obèses. En outre, il exclut totalement par exemple, l'hypothèse selon laquelle les familles défavorisées seraient les plus touchées¹⁵⁵.

Enfin, mise à part les mesures préventives s'inscrivant dans le cadre du PNNS, beaucoup d'autres initiatives suivent le même objectif.

- Autres démarches

Dans ce remaniement actuel que subit l'alimentation, tous les acteurs concernés se sentent quelque part obligés de suivre le mouvement. Ainsi, les groupes d'assurances¹⁵⁶ ou encore les établissements de restauration rapide, se mettent à suivre l'idée de l'instauration d'une prévention contre l'obésité. Concernant les restaurants « fast-foods », *Mc Donald*, le plus connu au niveau international, prend d'ailleurs cette campagne très à cœur. En effet, le menu pour enfant est passé, pour ce qui est du dessert, du yaourt à boire (existant depuis les années 90) aux « fruits à croquer » depuis 2007¹⁵⁷. De plus, depuis une campagne lancée en septembre 2010 et poursuivie jusqu'en juin 2011, ce dernier propose désormais des fruits à croquer chaque premier mercredi du mois dès l'achat d'un menu enfant. Ce géant de la restauration rapide, dit miser sur la présentation des fruits, qui sont déjà découpés. Le fait de pouvoir les manger facilement est censé attirer davantage l'enfant et ainsi lui donner envie de manger des fruits. Cette opération est donc destinée à encourager la consommation de fruits chez les enfants et est même suivie de près par l'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire).

D'ailleurs, quant à l'AFPA, celle-ci organise maintenant chaque année, une journée nationale consacrée à l'obésité infantile, soutenue par le Plan national Nutrition Santé (PNNS). Celle-ci se déroule généralement les 09 et 10 janvier de chaque année. En 2009, il s'agissait déjà de la 5^e édition¹⁵⁸. À noter que plus de 80 villes françaises y participent et que chaque année, elles sont de plus en plus nombreuses à s'associer au projet¹⁵⁹. Cette

¹⁵⁵ TOUNIAN, Patrick et AMOR, Safia, *op. cit.*, p. 25.

¹⁵⁶ La Mutuelle Générale. « Comment prévenir les risques d'obésité chez les enfants ? : Michel Cymes vous explique ». (page consultée le 06/01/12) <http://www.lamutuellegenerale.fr/lamutuellegenerale/les-chroniques-qca-va-deja-mieuxq/comment-prevenir-les-risques-dobesite-chez-les-enfants.html?gclid=CPPI-bTOsKkCFQUKfAoddyo_Lg>

¹⁵⁷ Cf. Annexe E, p. IV : Prospectus du restaurant Fast-food Mc Donald, dans le cadre de son dispositif de prévention contre l'obésité des enfants.

¹⁵⁸ Cf. Annexe F, p. VI : Affiche publicitaire de la 5^e journée nationale de l'AFPA, consacrée à l'obésité pédiatrique.

¹⁵⁹ [S.l.] : [s.n.]. *SantéMédecine.net*, « Journée de dépistage de l'obésité infantile : les chiffres », *op. cit.*

journée consiste à organiser des actions de prévention et de dépistage de l'obésité infantile, et ce, en mettant l'accent sur le principe qu'une alimentation équilibrée, simple et surtout bon marché est possible. Durant cette journée, des centres proposent des dépistages gratuits, mais également des stands d'informations, des animations ainsi que des conférences¹⁶⁰. De plus, il est mis en place un dispositif de prévention tout particulier notamment dans les crèches, les écoles et les lycées, afin de sensibiliser le plus de jeunes possible.

Hormis l'implication parentale, c'est en allant directement à l'encontre des enfants que la campagne de prévention contre l'obésité infantile pourra être, en partie, la plus efficace. Cependant, il est aussi important de sensibiliser les établissements scolaires, un des milieux essentiels où se construit l'enfant. Ainsi, UFC-Que choisir, association de consommateurs à but non lucratif créée en 1951 et doyenne des associations de consommateurs d'Europe Occidentale, estime indispensable d'agir au niveau des cantines scolaires. Ces dernières concernent plus d'un élève sur deux en général¹⁶¹. D'ailleurs, le collectif « Obésité : protégeons nos enfants », dénonce la mauvaise application de la circulaire de 2001 sur la composition des repas servis en restauration scolaire : 45% des établissements du secondaire ne respectent pas les recommandations nutritionnelles¹⁶².

Ce collectif est une réunion de six associations qui se sont rassemblées le 4 décembre 2007, sous la forme d'un collectif, dans le but de demander à la Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, par voie de courrier, de faire de la lutte contre l'obésité infantile une priorité de santé publique. Le collectif espérait que suite à sa demande, une loi de prévention contre l'obésité infantile soit promulguée¹⁶³.

De même, puisqu'il est question de collectif associatif, il est possible également de citer le CNAO (Collectif National des Associations d'Obèses)¹⁶⁴. Ce dernier a pour but d'informer les personnes quant aux différentes prises en charge de l'obésité mais aussi à tout ce qui a trait aux maladies qui y sont associées. Le CNAO est également en relation avec certaines instances de tutelle telles que le Ministère de l'Éducation Nationale ou en-

¹⁶⁰ AFPA – Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. www.afpa.org

¹⁶¹ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, p. 133.

¹⁶² CNAO – Le Collectif National des Associations Obèses. www.cnao.fr

¹⁶³ [S.l.] : [s.n.]. *SantéMédecine.net*, « Journée de dépistage de l'obésité infantile : les chiffres », *op. cit.*

¹⁶⁴ CNAO – Le Collectif National des Associations Obèses, *op. cit.*

core avec la Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁶⁵. D'ailleurs, le CNAO organise une journée européenne de l'obésité qui a lieu chaque mois de mai depuis 2010¹⁶⁶. L'organisation de cette journée s'effectue en partenariat avec l'ObObs (Observatoire de l'Obésité)¹⁶⁷. À noter que plus d'une vingtaine de pays membres de l'Union Européenne participent ainsi à cette journée, ainsi que certaines structures Américaines et Canadiennes¹⁶⁸.

Toutefois, J.-M. BORYS, médecin endocrinologue, diabétologue et nutritionniste, estime que l'on ne dispose pas d'assez d'études de grande envergure pour contrôler réellement l'évolution, les facteurs et les conséquences de l'obésité infantile. C'est la raison pour laquelle il milite pour que soit créé un véritable observatoire de l'obésité¹⁶⁹.

Quoi qu'il en soit, toutes ces mesures s'effectuent essentiellement dans un cadre collectif. Or, il est fondamental de prendre également en considération le caractère subjectif de cette problématique.

B. Dispositifs individuels

Une fois avoir développé des mesures collectives, les dispositifs contre l'obésité infantile doivent également apporter une attention particulière à l'aspect individuel de la pathologie. Par conséquent, le combat de l'obésité infantile doit aussi passer par l'enfant concerné, tout en tenant compte son environnement familial.

- Moyens thérapeutiques et médicaux

Tout d'abord, la thérapie est la manière particulière de traiter une maladie. Ce type de méthode est donc en général utilisé dans le cas d'une maladie, et plus précisément d'une maladie d'ordre psychologique. Le praticien de cette méthode est alors nommé thérapeute.

¹⁶⁵ CNAO – Le Collectif National des Associations Obèses, *op. cit.*

¹⁶⁶ Cf. Annexe G, p. VII : Affiche publicitaire relative à la journée européenne de l'obésité organisée par le CNAO, en 2010 et 2011.

¹⁶⁷ ObObs – Observatoire de l'obésité. <<http://www.obobs.net>>. Le but de cet observatoire est de proposer un recensement ainsi qu'un suivi de l'information, et ce, tout en fournissant un point de vue complet des problématiques liées à l'obésité.

¹⁶⁸ CNAO – Le Collectif National des Associations Obèses, *op. cit.*

¹⁶⁹ BORYS, Jean-Michel. Idées reçues : L'obésité, *op. cit.*, p. 33.

Il tente d'améliorer les capacités d'agir et les compétences dont dispose son patient, et ce, aussi bien de manière individuelle que collective (thérapie de groupes)¹⁷⁰. Les thérapies en groupe sont d'ailleurs de plus en plus pratiquées. Elles permettent aux enfants et/ou à leurs parents, de s'exprimer et surtout que chacun puisse se sentir concerné par les troubles psychologiques dont souffre un des leurs (thérapie familiale)¹⁷¹. Ainsi, ce type de thérapie fait ressurgir l'ensemble des éléments constitutifs du trouble de l'enfant en surpoids, et ce, par un échange verbal et spontané au sein du groupe, néanmoins plus ou moins guidé par le thérapeute.

En revanche, suivant le patient (enfant ou adulte), le type, l'intensité du trouble et le contexte de l'intervention, il existe diverses formes de psychothérapies¹⁷² telles que l'ergothérapie (traitement par l'éducation, la rééducation, la réadaptation ou encore la réhabilitation, des activités quotidiennes) ; la kinésithérapie (traitement par le biais d'exercices visant à renforcer la masse musculaire, l'endurance ainsi que la mobilité des personnes présentant des difficultés fonctionnelles), la thérapie familiale (traitement évoquant les symptômes de l'un des membres de la famille en consultant l'ensemble de cette dernière) ; ou bien encore la thérapie de couple (traitement consacré aux difficultés sentimentales rencontrées par le couple, et ce, en consultant les deux personnes concernées). Ces thérapies s'appuient sur des pratiques souvent bien différentes les unes des autres. Quoi qu'il en soit, elles consistent en l'établissement d'une relation plus ou moins interpersonnelle entre le thérapeute et son patient¹⁷³.

Pour ce qui est de la thérapie familiale, elle semble de plus en plus convoitée, notamment concernant l'obésité infantile. Cette dernière a pour but de réorganiser le mode de vie et l'environnement familial, mais doit également renforcer le rôle éducatif des parents, lesquels jouent un rôle considérable dans l'obésité infantile¹⁷⁴. La thérapie vise en particulier à modifier toutes habitudes risquant de provoquer un déséquilibre énergétique de

¹⁷⁰ FARPOUR-LAMBERT, Nathalie. « Thérapie de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent: propositions de programmes interdisciplinaires ». *Paediatrica*, 2007, Vol. 18, n°2, p. 37.

¹⁷¹ Entretien avec M. Nouredine ZAALOUNI, Directeur de la Maison des Parents, à Trappes (78), le 09/05/12, à 11h. (Cf. Annexe D, p. IV).

¹⁷² Traitement d'une ou plusieurs personnes souffrant de problèmes psychologiques.

¹⁷³ FARPOUR-LAMBERT, Nathalie, *op. cit.* p. 37.

¹⁷⁴ Entretien avec M. Nouredine ZAALOUNI, Directeur de la Maison des Parents, à Trappes (78), le 09/05/12, à 11h. (Cf. Annexe D, p. IV).

l'enfant. Ainsi, différents thèmes sont abordés, tels que la qualité de l'alimentation et la taille des portions, les modes de déplacement, ou encore les activités sportives et de loisirs de la famille. A noter qu'en Suisse, il a même été question en 2006, d'une Charte Européenne visant à améliorer l'efficacité ainsi que la durabilité de la thérapie familiale. Cependant, faute de financements, celle-ci peine à continuer l'application de programmes de thérapies de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent¹⁷⁵.

Suite à mon entretien avec M. Nouredine ZAALOUNI à la Maison des Parents¹⁷⁶, j'ai pu participer à une thérapie qui était organisée spécifiquement dans le cadre de l'obésité infantile, pathologie à laquelle la structure consacre chaque année une semaine qui lui est entièrement dédiée.

Celle-ci s'est composée de trois ateliers. Chaque atelier durait entre une et deux heures et abordait respectivement un aspect différent de l'obésité via des outils accessibles de tous. Le premier atelier était animé par une diététicienne et consistait à travailler ensemble, sur la notion d'équilibre alimentaire. Il consistait donc à repérer les besoins alimentaires essentiels de l'organisme de ceux qui doivent rester occasionnels ; à apprendre à élaborer des repas, simples, bon marché et équilibrés ; à comparer les habitudes alimentaires d'un enfant en surpoids à celles d'un enfant de corpulence normale, ou bien encore à connaître les apports énergétiques de certains produits riches énergiquement, en terme d'équivalence en sucre et de cuillères d'huile (par exemple, un pain au chocolat, c'est l'équivalence de cinq morceaux de sucre et d'une cuillère à soupe d'huile). Le second était animé par une psychologue, qui elle, abordait avec les parents et leurs enfants, les troubles liés à l'obésité infantile. Bien évidemment, l'atelier ne consistait pas à révéler publiquement les troubles d'un enfant en particulier, mais de réfléchir à cette notion. Il semblait important de par cet atelier, de faire prendre conscience aux parents que l'obésité infantile cause des malaises psychologiques, et aux enfants qu'il est important de ne pas se replier sur soi, mais de savoir demander de l'aide dès lors qu'ils en ressentent le besoin. Enfin, pour ce qui est du dernier atelier, il s'agissait d'initier les enfants aux bienfaits de l'activité physique, autour de différents jeux. Quant aux parents, ils étaient également sollicités tout en insistant bien sur leur implication en ce qui concerne les activités physiques de leur(s) enfant(s).

¹⁷⁵ FARPOUR-LAMBERT, Nathalie, *op. cit.* p. 40.

¹⁷⁶ J'ai participé à cette thérapie le samedi 12 mai 2012, de 13h30 à 18h, à Trappes, au sein des locaux de la Maison des Parents.

À présent, au-delà des méthodes thérapeutiques, il existe aussi des traitements médicamenteux visant à régulariser le poids par la prise de médicaments spécifiques comme le *Sibutramine* ou le *Xénical*, les plus connus du marché¹⁷⁷. Cependant, il est bon de préciser que les médicaments coupe-faim ou les médicaments anorexigènes, ont été retirés du marché au niveau européen depuis avril 2000. En effet, car ils auraient été à l'origine de graves effets secondaires¹⁷⁸. En revanche, pour ce qui est des enfants, le traitement médicamenteux n'est en aucun une méthode à pratiquer. L'enfant est en phase de développement, et l'assujettir à prendre des médicaments pourrait nuire gravement à son état de santé¹⁷⁹.

Enfin, il est bon de savoir qu'il existe, en France, des centres de rééducation alimentaire¹⁸⁰. Ces centres comprennent un séjour durant lequel l'enfant réapprend des habitudes de vie saines et équilibrées (repas équilibrés et à horaires fixes, activités physiques et sportives régulières etc.). Généralement ce type de prise en charge permet d'avoir des résultats assez satisfaisants¹⁸¹. De plus, plusieurs enfants séjournent ensemble et pour le même objectif, ce qui constitue un véritable moteur pour l'enfant obèse. Il se sent moins seul et se retrouve face à des enfants souffrant de la même pathologie que lui, situation qui le conforte et le met davantage à l'aise. Cependant, une fois de retour chez lui, l'enfant se doit de continuer à respecter ce qu'on lui a transmis durant son séjour, au quel cas les résultats obtenus grâce au séjour risqueraient de disparaître rapidement. En effet, car dès son retour à domicile, il se retrouve à nouveau confronté à son quotidien déstructuré, ce qui peut l'inciter à reprendre ses mauvaises habitudes¹⁸². Quoi qu'il soit, ces centres permettent de répondre à l'objectif recherché par l'enfant en surpoids, à savoir perdre du poids et se sentir mieux dans son corps, le tout en ayant acquis des règles de vie essentielles. En revanche, il n'y a encore que trop peu d'établissements spécialisés dans l'obésité et la réadaptation diététique des enfants et adolescents¹⁸³.

¹⁷⁷ FAURE, Élisabeth, *op. cit.*

¹⁷⁸ *Ibid.*

¹⁷⁹ *Ibid.*

¹⁸⁰ Émission télévisée : « A chacun son histoire : Enfants obèses, leur combat contre les kilos en trop », *op. cit.*

¹⁸¹ *Ibid.*

¹⁸² *Ibid.*

¹⁸³ *Ibid.*

Pour conclure, il est possible de traiter l'obésité pédiatrique par le biais de thérapies, et en particulier par celui de la thérapie familiale. La prise en charge psychologique est fondamentale. Elle permet à l'enfant de l'aider à la fois dans l'acceptation de son image corporelle, et de faire le point sur le ou les éléments à l'origine de ces troubles, mais aussi et surtout de faire prendre conscience aux parents de la situation.

Cependant, malgré le déploiement des prises en charge, notamment avec la création des centres spécialisés dans l'obésité des enfants, cela ne peut pas régler le cœur même du problème de cette pathologie. C'est la raison pour laquelle il est primordial d'impliquer au mieux les parents dans l'obésité de leur(s) enfant(s).

- Implication familiale

Comme vu précédemment, le milieu familial a un impact fondamental sur le développement de l'enfant et a donc sa part de responsabilité dans l'obésité de celui-ci. Les parents incarnent l'exemple à suivre. Ils sont la source même de règles et de valeurs qu'ils transmettent à leur(s) enfant(s). De ce fait, il est donc essentiel que ces derniers montrent le bon exemple à suivre, et ce, qu'il soit question de nutrition ou non. Pour ce qui est justement de l'alimentation de l'enfant, celui-ci est connu pour avoir du mal à manger des fruits et légumes de manière spontanée, privilégiant ainsi les produits gras, salés et sucrés¹⁸⁴. Or, selon la pédiatre Brigitte VIREY¹⁸⁵, la présentation de l'aliment est très importante lorsqu'il s'agit de le faire manger à un enfant, et cela est justement du ressort des parents. Ainsi, s'ils s'efforcent de respecter un minimum ce principe de présentation attractive, cela devrait inciter davantage l'enfant à manger certains aliments tels que les légumes. De plus, elle insiste sur le fait qu'il faut également varier la nourriture afin d'éviter que l'enfant ne s'habitue qu'à un seul type d'alimentation, bien souvent inadapté, pouvant ainsi favoriser l'obésité par la suite.

Ce principe a d'ailleurs également été évoqué dans le cadre du PNNS. Pour ce faire, les parents doivent jouer sur la variété de l'alimentation, impliquer l'enfant dans son ali-

¹⁸⁴ Conseil général de l'Essonne. « En trente ans, le monde a grossi : La gourmandise et l'enfance », *op. cit.*, p. 41.

¹⁸⁵ VIREY Brigitte, (pédiatre). *Doctissimo*, « Dépister et prévenir l'obésité infantile », août 2010. (page consultée le 05/01/12) <<http://videos.doctissimo.fr/nutrition/surpoids/Depister-et-prevenir-l-obesite-infantile.html>>

mentation (acheter, cuisiner, et découvrir les aliments ensemble), et enfin appliquer des règles de vie dites de bon sens, comme apprendre à l'enfant à contrôler ses prises alimentaires tout en veillant à ce qu'il ne se prive pas non plus¹⁸⁶.

L'enfant doit prendre ses repas (petits déjeuners, déjeuners, goûters et dîners) à des horaires stables et réguliers, de manière organisée et avant tout équilibrée¹⁸⁷. Il est évident que toute forme de grignotage est à bannir. En effet, car le grignotage entre les repas empêche l'enfant de ressentir toute sensation de faim¹⁸⁸. Par conséquent, à l'heure du repas, il mangera par nécessité et non par faim ou du moins sans réelle envie. Cette réflexion quant au grignotage incite à se demander si celui-ci n'accentuerait pas le dégoût pour certains aliments tels que les légumes, souvent boudés par les enfants. Autrement dit, le fait de supprimer le grignotage est censé aider l'enfant à différencier sa sensation de faim de celle de satiété et donc à discerner l'envie du besoin biologique de manger. Du côté des parents, il s'agit du même principe, ils doivent pouvoir distinguer une demande de nourriture réelle, d'une demande d'affection et d'attention. En effet, l'enfant réclame souvent de la nourriture. Cependant, il sera bon se s'interroger systématiquement sur la nature de cette demande : a-t-il réellement faim ou ressent-il simplement le besoin d'obtenir un certain réconfort¹⁸⁹?

Par ailleurs, durant cette période bouleversante que représente la prise en charge de l'enfant, il sera important que la famille montre son plus profond soutien vis-à-vis de ce dernier. Le but est de l'aider à surmonter cette éprouvante épreuve qu'est la perte de poids. Néanmoins, pour que l'implication familiale soit au summum de son efficacité, il faudrait bien évidemment que l'environnement, d'un point de vue général, subisse également quelques modifications (urbanisme, écoles, intégration sociale, industrie agro-alimentaire...). De plus, cette implication nécessite bien évidemment une volonté accrue de la famille et principalement des parents. Or, il faut faire de ces nouvelles habitudes alimentaires une affaire familiale. Elles se doivent d'être suivies par tous, y compris par les autres enfants qui n'auraient, a priori, pas de problème de poids. Il serait d'ailleurs indis-

¹⁸⁶ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, pp. 84-85.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 89.

¹⁸⁸ *Ibid.*, pp. 126-127.

¹⁸⁹ Conseil général de l'Essonne. « En trente ans, le monde a grossi : La gourmandise et l'enfance », *op. cit.*, p. 45.

pensable de réduire également l'achat de produits trop caloriques (gâteaux, sodas, friandise etc.), qui constituent une tentation plus importante dès lors qu'ils sont à portée de main quotidiennement. Le cas échéant, il sera plus difficile pour l'enfant de résister à la tentation. D'ailleurs, il apparaît essentiel d'éviter de stigmatiser et/ou de culpabiliser l'enfant obèse¹⁹⁰. Il faut miser sur la compréhension de celui-ci et sur la stimulation de son activité physique, et ce, tout en lui montrant qu'une hygiène de vie saine peut concilier santé et plaisir¹⁹¹. La famille doit également initier l'enfant à une pratique sportive simple et régulière telle que la marche à pied et éviter, bien sûr, toute forme de sédentarité.

- Moyens éducatifs et sportifs

Seule ou associée à une prise en charge nutritionnelle quelconque, l'activité physique reste un élément capital quant à l'efficacité et l'évolution de toute prise en charge telle qu'elle soit¹⁹². De plus, le fait de se dépenser permet entre autre d'entretenir son corps, ce qui va bien évidemment de pair avec une alimentation équilibrée ainsi qu'avec la mise en place d'une thérapie psychologique éventuelle, quant à la perception psychologique de l'obésité. Adopter une habitude de vie suffisamment active physiquement et dès l'enfance, a des effets bénéfiques pour la santé physique et psychique de l'enfant mais aussi du futur adulte qu'il représente. Elle joue un rôle, par exemple, au niveau du bien-être psychique et de l'estime de soi de l'individu, essentiel dans le cadre de l'obésité¹⁹³.

D'un point de vue plus médical, l'activité physique joue un rôle en ce qui concerne l'activité artérielle, ou encore la force musculaire. De même, un enfant actif aura plus de chance de l'être à l'âge adulte, ne pouvant qu'être appréciable pour ce qui est de la santé d'un individu. Il est donc fortement recommandé à chaque enfant de faire au moins une heure d'activité physique journalière et surtout, de diminuer le plus possible le phénomène de sédentarité¹⁹⁴. En revanche, les enfants obèses sont généralement considérés comme peu

¹⁹⁰ TOUNIAN, Patrick et AMOR, Safia, *op. cit.*, p. 122.

¹⁹¹ Programme National Nutrition Santé. « La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous », *op. cit.*, pp. 5-6.

¹⁹² QUINART, S. et MANGA, Carrola, *op. cit.*, p. 266.

¹⁹³ Conseil Général de l'Essonne. Éducation à la santé en matière de nutrition et de prévention de l'obésité infantile, *op. cit.*, p. 21.

¹⁹⁴ Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », *op. cit.*, p. 90.

actifs. Toutefois, il est possible de concevoir ce constat de différentes manières bien distinctes. Dans un premier temps, il est possible que l'enfant soit peu actif du fait de sa corpulence. Celle-ci le gêne dans ses mouvements et l'épuise plus rapidement, du fait qu'elle diminue considérablement l'endurance physique de l'enfant, d'autant plus ce que cela peut susciter des moqueries blessantes¹⁹⁵. Dans un second, l'inactivité peut être due à son tempérament plus ou moins sédentaire. L'enfant évite toute activité physique et privilégie les activités à caractère sédentaire telle que la télévision. Dans ce cas, c'est alors probablement une des causes de son obésité actuelle¹⁹⁶. Dans tous les cas, lors d'un effort physique, un enfant en surpoids excessif éprouvera de la fatigue plus rapidement qu'un autre. C'est pourquoi il serait peut-être judicieux d'adapter les activités physiques scolaires par exemple, à la capacité personnelle de l'enfant ou de l'adolescent obèse. Cela permettrait d'éviter un découragement de sa part voir un abandon total, ainsi qu'une baisse de l'estime de soi. De plus, il pourrait améliorer ses capacités physiques et pourrait aussi et surtout s'intégrer au sein d'un groupe d'individus souffrant de la même problématique que lui. Par conséquent, il ne ressentirait plus le besoin de se cacher du regard des autres. Cependant, adapter les entraînements à ce type d'enfants n'est pas possible lorsqu'il s'agit notamment d'associations sportives qui détiennent un esprit de compétition. Peut-être y aura-t-il prochainement une réflexion quant à ce sujet.

Somme toute, afin d'ancrer l'activité physique au sein des habitudes de la vie courante, comme tout autre résolution alimentaire, la famille et la société se doivent d'être au premier rang de l'action visant à l'améliorer la prévalence de l'obésité infantile, et ce, quelles que soient les initiatives entreprises.

¹⁹⁵ QUINART, S. et MANGA, Carrola, *op. cit.*, p. 267.

¹⁹⁶ *Ibid.*

Conclusion

Alors que la problématique posée en début de mémoire était de se demander en quoi l'obésité infantile est susceptible de rendre le développement de l'enfant vulnérable et, surtout, quelles mesures sont ou devraient être apportées afin de contrôler l'évolution de cette pathologie, nous pouvons dire en conclusion que l'obésité infantile semble être plus qu'une simple question d'apparence. En outre, elle regroupe et engendre à la fois de nombreux bouleversements, ce qui a bien évidemment des conséquences non négligeables quant au bon développement de l'enfant et ce, quel qu'en soit le domaine (familial, psychologique, scolaire etc.). En revanche, cette pathologie on ne peut plus complexe n'est reconnue comme telle que depuis peu. C'est la raison pour laquelle, durant ces deux dernières décennies, les pouvoirs publics ont tenté de mettre en place des mesures diverses et variées visant à régresser la prévalence de l'obésité pédiatrique de manière urgente et efficace. Cependant, nous avons pu constater que les causes de l'obésité pédiatrique ne sont pas toujours les mêmes d'un individu à un autre, mais surtout que les solutions apportées diffèrent tout autant. Néanmoins, ce qui est sûr c'est qu'il doit y avoir une implication de tout l'environnement de l'enfant obèse afin qu'il puisse sortir de cette spirale infernale, à savoir la société d'un point de vue général, le milieu scolaire et enfin la sphère familiale, qui a sans doute le rôle le plus important. Quoiqu'il en soit, il ne faut pas faire de l'obésité une obsession, que ce soit durant l'enfance où à l'adolescence.

Par ailleurs, il serait bon de préciser que ce mémoire est un concentré d'informations quant à l'obésité des enfants. Ainsi, les causes, les conséquences et les mesures évoquées ne sont en aucun cas exhaustives. De plus, pour ce qui est des mesures de lutte contre l'obésité pédiatrique, il s'agit principalement de celles mises en place nationalement ainsi que dans la région d'Île-de-France. De même, il aurait été intéressant de pouvoir visiter un centre de réadaptations alimentaires pour enfants et adolescents. Seulement, faute de structures présentes au sein de la région parisienne et surtout en raison de la difficulté à rencontrer les responsables, cela n'a malheureusement pas été possible.

Enfin, étant donné que l'obésité infantile est susceptible d'avoir des répercussions tant sur l'avenir professionnel que social de l'enfant obèse, il pourrait être intéressant de réali-

ser une étude quant à leur devenir une fois adulte. De même, que ce soit pour les adultes ou pour les enfants, l'obésité est une particularité qui a encore du mal à être acceptée au sein de notre société actuelle. Considérés en marge de la société dès lors que nous sommes en surpoids, il serait bon de mettre fin à ces représentations afin de permettre une meilleure intégration des personnes qui souffrent de leur poids. Exclure les personnes obèses de la société, en les plaçant en marge de celle-ci ne sera qu'un moyen d'aggraver leur situation. En effet, déjà prises au piège d'un poids qu'elles n'ont pas forcément choisi, les marginaliser n'aura pour seule conséquence le repli sur soi, ce qui ne les aidera pas à se refaire une place convenable, place qui pourtant leur est due, comme c'est le cas pour tout individu quel qu'il soit.

Sources documentaires

➤ Bibliographie

- BORYS, Jean-Michel. *Idées reçues : L'obésité*. Paris : Cavalier Bleu Eds, coll. « Idées Reçues », 2007. 128 p.
- BORYS, Jean-Michel et TREPPOZ, Sophie. *L'obésité de l'enfant*. Paris : Masson, 2004. 138 p.
- DARGENT, Jérôme. *Le corps obèse : obésité, science et culture ?* : Éditions Champ Vallon, coll. « Milieux », 2005. 258 p.
- FRELUT, Marie-Laure. *L'obésité de l'enfant et de l'adolescent. ?* : Odile Jacob, 2003. 188 p.
- GRIFFOND-BOITIER, Cyrielle. *Obésité Infantile : physiopathologie, étiologie et prise en charge (thèse)*. Besançon : [S.l.] : [s.n.], 2002. 150 p.
- LEMOINE, Jean-François et OBERKAMPF, Bernadette. *L'obésité de l'enfant*. Clamecy : Jacob-Duvernet, coll. « Les guides France Info », 2005. 127 p.
- TOUNIAN, Patrick et AMOR, Safia. *Obésité Infantile, on fait fausse route !*. Paris : Bayard, coll. « Aux côté des enfants », 2008. 128 p.

➤ Autres documents

– Articles de presse et extraits d'ouvrages

- AVELLAN, Christine. « Danger ! Bébé grignote toute la journée... ». *Infobébés*, nov.-déc. 2005, n°51, pp. 26-28.
- BANCAUD, Delphine. « Des mesures de poids contre l'obésité ». *20 minutes*, 7 fév. 2012, p. 11.
- BROUSSEAU, Marie-Claude. « L'enfant obèse un défi de taille ! ». *Le Médecin du Québec*, septembre 2011, vol. 46, n°9, p.57.
- BUDOWSKI, Max. « Obésité infantile et troubles psychologiques : cause ou conséquence ? ». *La revue du praticien Médecine Générale*, nov. 2007, Tome 21, n°788/789, pp. 1057-1058.

- COPIN, C. « Obésité dans l'enfance et autres facteurs de risque cardiovasculaire : impact sur la mortalité prématurée ». *Médecine et enfance*, 2010, volume 30, n°9, pp. 12-13.
- FARPOUR-LAMBERT, Nathalie. « Thérapie de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent: propositions de programmes interdisciplinaires ». *Paediatrica*, 2007, Vol. 18, n°2, pp. 37-40.
- HAZLIN, Hassan. « Laissez-moi mon nasi lemak ! : Obésité infantile en Malaisie ». *Direct Matin*, 2011, n°888, p.16.
- LE BOURDONNEC, Hélène. « Aspects psychopathologiques de l'obésité commune de l'adolescent ». Étude, 10 p.
- LEBRUN, V. « Alimentation : L'assiette des petits pas assez verte ». *Direct Matin*, sept. 2011, n°943, p. 16.
- PETROVIC, Benjamin. « Psychopathologie et narrativité dans l'obésité infantile ». *La psychiatrie de l'enfant*, 2009, Vol. 52, pp.45-61.
- QUINART, S. et MANGA, Carrola. « L'activité sportive chez un jeune en surpoids : une prescription ? ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2011, n°24, pp. 266-271.
- RICHA, Sami. « Impact psychologique des maladies chroniques ». *Annales de philosophie et des sciences humaines*, 2006, n°22, pp. 325-333.
- WOLF, Bernadette et LEMETAYER, Fabienne. « Obésité infantile et "style causal" : étude comparative entre groupe d'enfants obèses et un groupe d'enfants témoins de poids normal ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2008, Vol. 56, n°1, pp. 32-38.
- [S.I.] : [s.n.]. « Obésité : Un nouvel indice de calcul ». *20 minutes*, 8 mars 2011, p. 10.
- [S.I.] : [s.n.]. « Nutrition de l'enfant : l'alimentation du nourrisson et du petit enfant ». *Éditions Expressions Santé*, nov. 2011, n°3, pp. 1-4.

– *Divers*

- Conseil Général de l'Essonne. Éducation à la santé en matière de nutrition et de prévention de l'obésité infantile, 2008. 120 p.
- Conseil Général de l'Essonne. « Alimentation de l'enfant et de l'adolescent : Quelle place pour les fast-foods ? ». *Bulletin santé*, mai 2009, n°15, pp. 21-34.
- Conseil général de l'Essonne. « En trente ans, le monde a grossi : La gourmandise et l'enfance ». *Bulletin Santé*, fév. 2011, n°31, pp. 41-50.

- Conseil Général de l'Essonne. « Nutrition : l'alimentation et le bien-être de l'enfant ». *Bulletin Santé*, sept. 2011, n°36, pp. 32-41.
- Conseil Général de l'Essonne. « De l'idéal à la pratique : l'alimentation des enfants de moins de trois ans, ce n'est pas toujours à la carte ». *Bulletin Santé*, nov.2011, n°37, pp. 4-7.
- Conseil Général de l'Essonne. « Obésité : que nous dit l'épidémiologie ? ». *Bulletin Santé*, nov. 2011, n°37, pp. 27-31.
- INSERM. Obésité : Dépistage et prévention chez l'enfant, 2000.
- Programme National Nutrition Santé. « La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous ». *La santé vient en mangeant et en bougeant*, septembre 2002. 127 p.
- Programme National Nutrition Santé. « Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents ». *La santé vient en mangeant et en bougeant*, septembre 2004. 143 p.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. « Programme National Nutrition-Santé : PNNS 2001-2005 ». Communiqué de presse, 31 janv. 2001. 13 p.

– *Documents audio-visuels*

- « Tellement vrai : Édition spéciale, Ces enfants hors normes », NRJ12, diffusée le 16/10/11 à 20h45.
- « A chacun son histoire : Enfants obèses, leur combat contre les kilos en trop », Direct 8, diffusée à 20h40.

– *Documents numériques*

- AFPA – Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. <www.afpa.org>
- BATENBAUM, Charles. *Actualit-newsEnvironnement*, « Obésité infantile, des enfants de plus en plus jeunes », janv. 2009. (page consultée le 10/10/12) <<http://www.actualites-news-environnement.com/19373-obesite-infantile-enfants-jeunes.html>>
- CNAO – Le Collectif National des Associations Obèses. <www.cnao.fr>
- FAURE, Élisabeth. *L'obésité*, avril 2000. (page consultée le 30/10/11) <<http://www.caducee.net/DossierSpecialises/genetique/obesite.asp>>
- GEOFFROY, Bruno. *Protégez-vous.ca*, « Taxer la malbouffe », janv. 2011. (page consultée le 03/02/12) <<http://www.potomitan.info/dictionnaire/francais.php>>

- La Mutuelle Générale. « Comment prévenir les risques d'obésité chez les enfants ? : Michel Cymes vous explique ». (page consultée le 06/01/12) <http://www.lamutuellegenerale.fr/lamutuellegenerale/les-chroniques-qca-va-deja-mieuxq/comment-prevenir-les-risques-dobesite-chez-les-enfants.html?gclid=CPPI-bTOsKkCFQUKfAoddyo_Lg>
- ObObs – Observatoire de l'obésité. <<http://www.obobs.net>>
- OMS – Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization). <www.who.int>
- REPOP – Réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie. <<http://www.repop.fr>>
- VIREY, Brigitte. *Doctissimo*, « Dépister et prévenir l'obésité infantile (interview) », août 2010. (page consultée le 05/01/12) <<http://videos.doctissimo.fr/nutrition/surpoids/Depister-et-prevenir-l-obesite-infantile.html>>
- [S.I.] : [s.n.]. *SantéMédecine.net*, « Journée de dépistage de l'obésité infantile : les chiffres », janv. 2008. (page consultée le 12/03/12) <http://sante-medecine.commentcamarche.net/news/100000-journee-de-depistage-de-l-obesite-infantile-les-chiffres>

Annexes

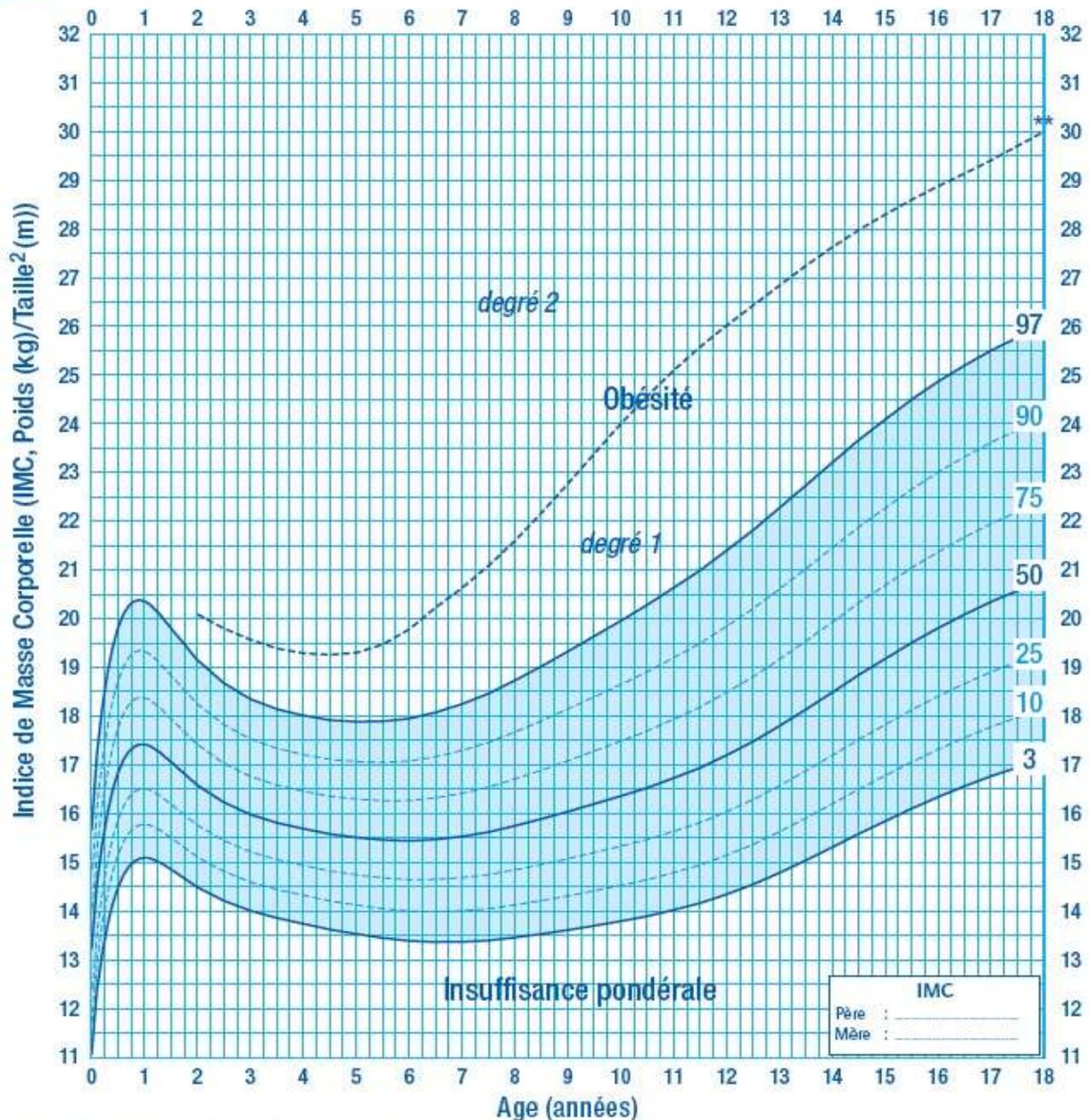
- **Annexe A** : Courbe de corpulence pour un enfant de sexe masculin de 0 à 18 ans
- **Annexe B** : Courbe de corpulence pour un enfant de sexe féminin de 0 à 18 ans
- **Annexe C** : Guide d'entretien avec M. Nouredine ZAALOUNI
- **Annexe D** : Guide d'entretien avec M^{me} Marie-Thérèse GEYER
- **Annexe E** : Prospectus du restaurant de Fast-food *Mc Donald*, dans le cadre de son dispositif de prévention contre l'obésité des enfants
- **Annexe F** : Affiche publicitaire de la 5^e journée nationale de l'AFPA, consacrée à l'obésité pédiatrique
- **Annexe G** : Affiche publicitaire relative à la journée européenne de l'obésité organisée par le CNAO (Collectif National des Associations d'Obèses), en 2010 et 2011.

Annexe A : Courbe de corpulence pour un enfant de sexe masculin de 0 à 18 ans



Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans*

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

• L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur www.sante.fr. Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculette, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit :
$$\frac{\text{poids(Kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

• L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.

• Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :

- lorsque l'IMC est supérieur au 97^{ème} percentile, l'enfant est obèse.
- plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important.
- un changement de "couloir" vers le haut est un signe d'alerte.

Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

* Données de l'étude séquentielle française de la croissance de l'Enfance (Pr Michel Sempé) - Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991; 45:13-21

** Seuil établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6



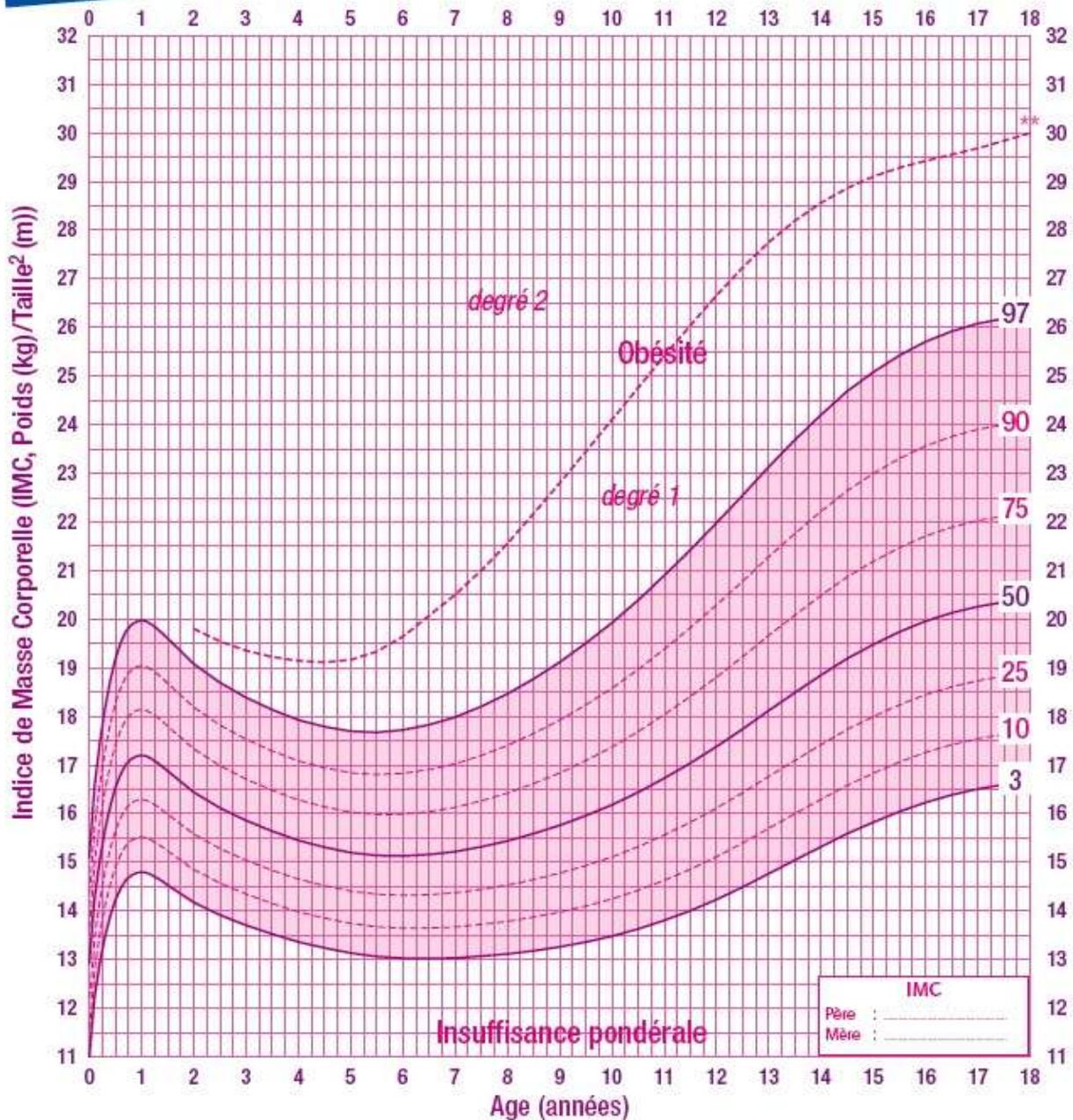
www.sante.fr

Annexe B : Courbe de corpulence pour un enfant de sexe féminin de 0 à 18 ans



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans*

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

• L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur www.sante.fr. Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculatrice, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit :

$$\frac{\text{poids(Kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

• L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.

• Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :

- lorsque l'IMC est supérieur au 97^{ème} percentile, l'enfant est obèse.
- plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important.
- un changement de "couloir" vers le haut est un signe d'alerte.

Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

* Données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé) - Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991; 45:13-21

** Seuil établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6



www.sante.fr

Annexe C : Guide d'entretien avec M. Nouredine ZAALOUNI

Guide d'entretien

M. Nouredine ZAALOUNI, Directeur de la Maison des Parents

L'entretien s'est déroulé au sein des locaux de la Maison des Parents le 09 mai 2012 de 11h00 à 13h00.

Présentations de mon mémoire : L'obésité infantile en France

➤ Structure

- En quoi consiste votre structure ?
- Combien d'enfants et parents accueillez-vous en général ?
- Comment les recevez-vous ? Quelle est la durée de ces entretiens ?
- Quels sont les différents thèmes abordés ?
- Quels sont les types de professionnels présents au sein de la structure ?
- Quels sont les différentes activités organisées, notamment dans le cadre de l'obésité pédiatrique ?
- Abordez-vous régulièrement ce thème avec les parents et/ou les enfants ?
- Avez-vous constaté une progression d'enfants en surpoids depuis quelques années ?

➤ Obésité infantile

- Quelle définition donneriez-vous à l'obésité infantile ?
- Quelles sont selon vous les causes et conséquences de l'obésité ?
- Pensez-vous qu'il peut y avoir un lien avec le psychologique de l'enfant ? Si oui, avez-vous des exemples ?
- Comment procédez-vous pour traiter du problème avec les parents ?
- Quelle est selon vous la méthode la plus efficace pour remédier à l'obésité ?

Annexe D : Guide d'entretien avec Mme Marie-Thérèse GEYER

Guide d'entretien

**Marie-Thérèse GEYER, infirmière en P.M.I
(Protection Maternelle et Infantile)**

L'entretien s'est déroulé au sein du service de P.M.I d'Étampes (91), le 10 mai 2012, de 14h00 à 15h30.

Présentations de mon mémoire : L'obésité infantile en France

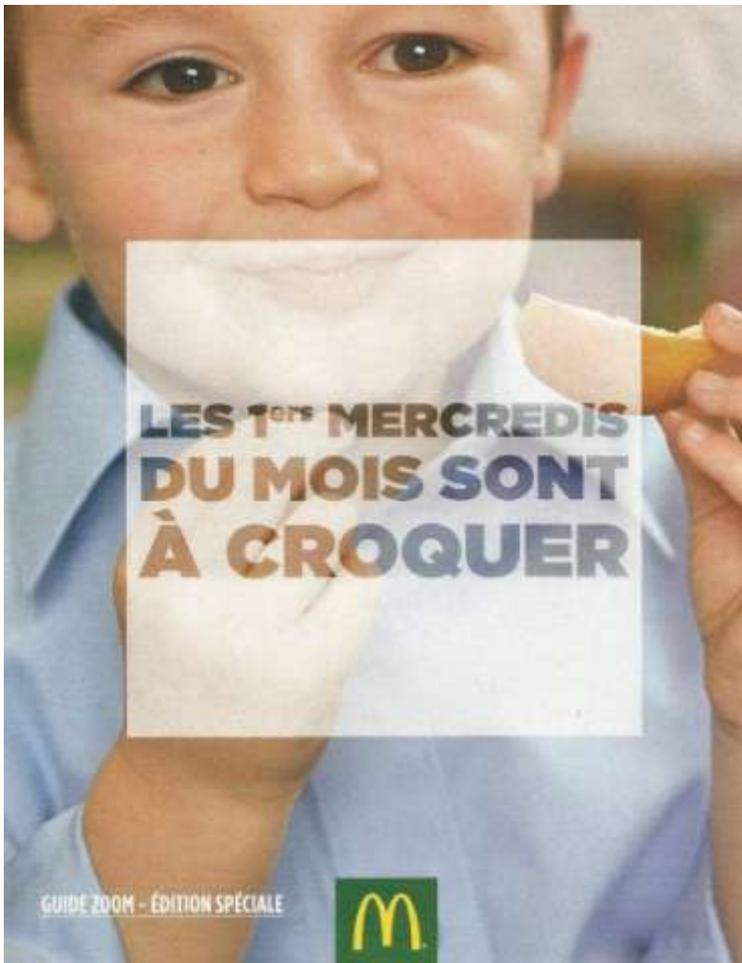
➤ Structure

- En quoi consiste votre structure ?
- Quels sont les types de professionnels présents au sein de la structure ?
- Combien d'enfants et parents accueillez-vous en général ?
- Comment les recevez-vous ? Quelle est la durée des entretiens ? Pour quelles raisons ont-ils lieu ?
- Quel est votre rôle au sein de la structure ? Quelles sont vos missions ?
- Quels sont les différentes activités organisées, notamment dans le cadre de l'obésité pédiatrique ?
- Abordez-vous ce thème avec les parents et/ou les enfants ? Si oui, dans quel cadre et quels sont vos moyens d'action ?

➤ Obésité infantile

- Quelle définition donneriez-vous à l'obésité infantile ?
- Quelles sont selon vous les causes et conséquences de l'obésité ?
- Pensez-vous qu'il peut y avoir un lien avec le psychologique de l'enfant ? Si oui, avez-vous des exemples ?
- Quelle est selon vous la méthode la plus efficace pour remédier à l'obésité ?
- Que pensez-vous des traitements thérapeutiques ?

Annexe E : Prospectus du Fast-food *Mc Donald*, dans le cadre de son dispositif de prévention contre l'obésité des enfants



Annexe F : Affiche publicitaire de la 5^e journée nationale de l'AFPA, consacrée à l'obésité pédiatrique

AFPA ACCES 46 - 1/12/08 12+24 page 1




 Dans toute la France*
 les pédiatres sont auprès
 de vous pour la santé
 de vos enfants

5^e Journée Nationale des pédiatres de ville contre l'Obésité Infantile

Parce qu'au début, ça ne se voit pas...

- > Consultations gratuites
- > Conférences
- > Animations

Rendez-vous :



le : 

* Avec le soutien des mairies

Annexe G : Affiche publicitaire relative à la journée européenne de l'obésité organisée par le CNAO (Collectif National des Associations d'Obèses), en 2010 et 2011.

