



Le poids de la position sociale : les trajectoires inégales de santé des enfants avec un diagnostic de surpoids ou obésité

Andrea Lutz*

Résumé : Cet article étudie l'influence de la position sociale sur les trajectoires de santé d'enfants suivant une thérapie pour le surpoids ou d'obésité. À partir d'une étude qualitative réalisée dans un hôpital suisse auprès de 29 familles, l'auteur explique comment la position sociale influence le rapport des enfants aux normes sanitaires. Les résultats montrent que les enfants de familles aisées parviennent plus facilement à intégrer les prescriptions thérapeutiques dans leur quotidien que les enfants de familles modestes.

Mots-clés : obésité, enfants, trajectoires de santé, inégalités, position sociale

Das Gewicht der sozialen Stellung: die ungleichen Gesundheitsverläufe von Kindern mit einer Übergewichts- oder Fettleibigkeitsdiagnose

Zusammenfassung: Dieser Artikel untersucht den Einfluss der sozialen Stellung auf Gesundheitsverläufe von Kindern, die eine Therapie wegen Fettleibigkeit durchlaufen. Auf der Basis einer qualitativen Studie, die in einem Schweizer Spital mit den Familien von 29 Kindern durchgeführt wurde, erklärt der Autor den Einfluss der sozialen Stellung auf den Umgang der Kinder mit Gesundheitsnormen. Die Studie zeigt, dass Kinder aus wohlhabenden Familien im Vergleich zu jenen aus bescheidenen Verhältnissen die therapeutischen Empfehlungen in ihrem Alltag besser umsetzen.

Schlüsselwörter: Fettleibigkeit, Kinder, Gesundheitsverläufe, Ungleichheiten, soziale Stellung

The Weight of Social Position: the Unequal Health Trajectories of Children With a Diagnosis of Overweight or Obesity

Abstract: This article studies the impact of the social position on the health trajectories of children who follow a therapy for overweight or obesity management. Based on a qualitative study conducted within a Swiss hospital with 29 families, the author explains how the social position influences children's relationship to health norms. The study results show that children belonging to wealthy families internalize more easily the therapeutic prescriptions in their everyday lives than the children from underprivileged families.

Keywords: obesity, children, health trajectories, inequalities, social position

* Université de Genève, Département de sociologie, CH-1211 Genève, andrea.lutz@unige.ch.

1 Introduction

Depuis environ deux décennies, le surpoids et l'obésité de l'enfant se sont imposés au sein des sociétés occidentales en tant que problématiques sanitaires devant faire l'objet d'une gestion individuelle et collective (Wright et Harwood 2009 ; Moffat 2010). Parallèlement aux mesures de santé publique mises en œuvre pour lutter contre l'augmentation de ces conditions à l'échelle de la population ont émergé plusieurs initiatives visant à agir sur le poids des personnes considérées en excès pondéral à partir de techniques thérapeutiques. Dans le contexte suisse, un grand nombre de programmes de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant ont été créés au cours des années 2000, sous l'impulsion de différentes organisations médicales et paramédicales (Lutz 2017). Ces programmes combinent suivi médical, diététique, psychologique et activité physique. Ils reposent avant tout sur la capacité des individus à modifier leurs comportements alimentaires et leur style de vie.

Dans le cadre de cet article, nous avons choisi d'aborder la question des inégalités dans les trajectoires de santé des enfants et adolescents suivant une thérapie pour le surpoids et d'une obésité en Suisse. Bien que tous les enfants en excès pondéral soient concernés par des formes de vulnérabilité, s'exprimant notamment dans le domaine de la santé, leurs conditions d'existence diffèrent les unes des autres. S'il est vrai que la majorité des enfants en excès de poids appartient à des familles se situant en bas de l'échelle sociale, il faut également tenir compte des enfants issus des milieux sociaux plus aisés qui sont touchés par cette condition. Cette problématique se retrouve en effet – dans des proportions différentes – dans tous les milieux sociaux. Les programmes thérapeutiques pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité sont fréquentés par des enfants aux origines sociales très différentes. Nous allons donc tenter de comprendre de quelle manière se déroulent les trajectoires de santé de ces enfants, en fonction de leur position sociale et des ressources dont ils ou elles disposent.

À partir des résultats d'une étude qualitative réalisée dans un hôpital suisse auprès de 29 familles d'enfants suivant une thérapie pour le surpoids et d'une obésité, nous avons étudié le rapport entre les trajectoires de santé des enfants et leurs conditions sociales d'existence. Nous avons mené des entretiens avec des enfants et leurs parents, que nous avons interrogés sur leur vécu antérieur à la thérapie ainsi que sur leur expérience de la thérapie elle-même. Sur cette base, nous avons essayé de comprendre quels changements sont intervenus dans les habitudes de vie des enfants depuis le début du processus thérapeutique. Nos questions ont porté avant tout sur les domaines de l'alimentation et des activités en mouvement, qui constituent les principaux leviers de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. Il s'agissait de comprendre dans quelle mesure les enfants parviennent à se conformer aux normes sanitaires transmises par les professionnels de santé en matière de gestion du style de vie. Notre hypothèse était que les enfants appartenant

aux milieux aisés ont plus de facilité à adapter leur style de vie à ces normes que les enfants appartenant aux milieux modestes.

2 État de la littérature

La problématique du surpoids et de l'obésité a fait l'objet de plusieurs recherches en sociologie. Celles-ci se sont développées à l'interface entre l'étude de l'alimentation, de la santé et du corps (Maurer et Sobal 1995 ; Campos et al. 2006 ; Poulain 2009 ; Patterson et Johnston 2012 ; Lupton 2013). Certaines de ces recherches ont porté spécifiquement sur les enfants et les jeunes (Wright et Harwood 2009 ; Moffat 2010). Ces travaux ont eu le mérite de déconstruire ces objets d'étude, en analysant le processus de médicalisation de la corpulence par les sciences, la médecine et la santé publique. Ils ont mis en lumière les controverses scientifiques et sociales qui sous-tendent ces catégories. Dans le monde médical, il n'existe en effet pas de consensus au sujet de la définition, de la mesure, de l'étiologie et des méthodes à utiliser pour lutter contre ces conditions. Un grand nombre d'approches thérapeutiques se sont révélées inefficaces, notamment sur le long terme. Plusieurs auteurs ont également critiqué le caractère alarmiste des discours de lutte contre le surpoids et l'obésité, ayant pour effet de créer une « panique morale » (Campos et al. 2006 ; Patterson et Johnston 2012) autour de l'alimentation et du corps, en renforçant le stigmate qui touche sur les personnes en excès pondéral. Ces auteurs ont également critiqué le caractère arbitraire des prescriptions nutritionnelles véhiculées par les politiques de santé publique, reflétant avant tout les normes et les valeurs des classes moyenne et aisée. En mettant l'accent sur la responsabilité individuelle, ces politiques auraient pour effet d'occulter les causes sociales du surpoids et de l'obésité, ainsi que de renforcer la culpabilité et la honte ressenties par les personnes concernées par ces conditions.

La question plus spécifique du rapport entre corpulence et position sociale a également fait l'objet de plusieurs études sociologiques (Sobal et Stunkart 1989 ; McLaren 2007 ; Poulain 2009 ; Régnier et Masullo 2009 ; Saint Pol 2010 ; Mathiot 2014 ; Pestaña 2015 ; Vandebroek 2015). Elle s'inscrit dans la problématique plus large des inégalités de santé (Burton-Jeangros et al. 2015 ; Eckersley 2015). Dans les pays développés, la majorité des personnes en excès de poids se trouve en bas de l'échelle sociale. La plus grande prévalence de surpoids et d'obésité s'observe surtout dans les groupes à faibles niveaux économique et culturel. L'association entre corpulence et position sociale varie cependant en fonction du genre. Chez les femmes, la position sociale est inversement associée à l'indice de masse corporelle (IMC). Chez les hommes, la distribution statistique de la corpulence est par contre bimodale : des personnes en excès de poids se retrouvent à la fois en bas et en haut de l'échelle sociale. Le sociologue Jean-Pierre Poulain (2009) avance de ce fait l'idée

qu'il existe plusieurs types d'obésité selon le milieu social. Dans les milieux aisés, on trouverait une obésité « distinguée », permettant d'affirmer pouvoir et réussite sociale chez certains hommes, alors que dans les milieux défavorisés, on serait avant tout confrontés à une obésité « économique », liée à un manque de capitaux et à un choix alimentaire restreint. Ce même auteur souligne également l'importance d'intégrer la variable de la mobilité sociale dans l'analyse de l'influence de la position sociale sur l'obésité. Il existe en effet un lien statique fort entre la diminution des revenus des individus et l'apparition de l'obésité. Dans les milieux défavorisés, le processus de précarisation (perte de revenus, fragilisation sociale) aurait un impact plus important sur le développement de l'obésité que la précarité elle-même (bas revenus, mais situation sociale stable). À l'inverse, l'augmentation des revenus et l'accès à une position sociale plus élevée peuvent dans certains cas aussi s'accompagner d'une prise de poids, notamment chez les hommes, suivant la logique de l'obésité distinguée.

La problématique de la migration doit également être prise en compte en lien avec la position sociale. Plusieurs études ont montré une plus grande prévalence du surpoids et de l'obésité dans les populations migrantes (voir Delavari et al. 2013 pour une revue de cette littérature). Ce résultat s'explique avant tout par le fait que les migrants se retrouvent dans les couches les plus basses de la population. D'autres explications ont également été avancées, telles que l'impact des modèles alimentaires que les migrants importent de leur pays d'origine (riches en calories), la perte de repères alimentaires et l'effet de l'accès à la modernité alimentaire (aliments transformés, restauration rapide et abondance alimentaire) dans le pays d'accueil (Corbeau 2005). Il faut également tenir compte du fait que la migration s'accompagne souvent d'un processus de mobilité sociale, ayant des répercussions sur le plan de l'alimentation et du style de vie.

Chez les enfants, la plupart des études ont confirmé les résultats obtenus auprès des adultes d'un rapport inversé entre statut social et IMC (Shrewsbury et Wardle 2008 ; Wang et Lim 2012). Ces différences seraient cependant moins significatives que dans la population adulte. Elles tendraient à devenir plus visibles à l'adolescence. Si dans la plupart des pays développés il a été observé un rapport négatif entre statut social et IMC chez les enfants, dans certains pays ce rapport est apparu comme étant peu significatif ou parfois positif, notamment dans certains pays d'Europe centrale. Des différences de genre ont également été observées dans ce cadre : c'est surtout chez les garçons que le rapport entre statut social et IMC peut parfois devenir positif, alors que chez les filles, il est généralement négatif. En Suisse, des études épidémiologiques ont montré une plus grande prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants – aussi bien filles que garçons – dont les parents ont un bas niveau socioéconomique ou ont vécu un processus migratoire (Lasserre et al. 2007 ; Stamm et al. 2014). Ces études fournissent cependant très peu d'interprétations concernant ces résultats. La question de savoir à travers quels mécanismes la position sociale influence la corpulence chez les enfants reste peu explorée.

La variable temporelle est très importante pour comprendre l'influence de la position sociale sur l'obésité. Dans cet article, nous essayons d'intégrer la perspective des parcours de vie, afin d'appréhender l'expérience de la prise en charge du surpoids et de l'obésité dans une perspective longitudinale, comme relevant de l'enchaînement de différents processus au cours du temps. Premièrement, il s'agit d'étudier le processus de reproduction des pratiques alimentaires et du style de vie qui a lieu au sein des familles. Deuxièmement, l'apparition de l'obésité doit être analysée en lien avec les événements qui marquent le parcours de vie des familles, notamment dans les situations de migration et de mobilité sociale. Troisièmement, l'entrée des familles des enfants en excès de poids dans des processus de prise en charge thérapeutique et de gestion médicale du poids doit être pensée comme une phase de transition dans le parcours de vie de l'enfant, amenant une modification des comportements et des habitudes au quotidien.

3 Méthode

Les données présentées dans le cadre de cet article ont été récoltées entre mai 2016 et mai 2017 dans le cadre d'une étude qualitative réalisée au sein d'une consultation de surpoids et d'obésité pédiatrique d'un hôpital de Suisse romande. Des entretiens semi-directifs ont été conduits avec 29 familles d'enfants ayant entre 7 (âge minimal pour le recrutement) et 18 ans, suivant une thérapie pour le surpoids ou d'une obésité, et se trouvant à différents stades du processus thérapeutique. Ci-après nous parlons de stade initial lorsque la thérapie a été entamée depuis moins d'un mois et de stade avancé lorsqu'elle dure depuis un ou plusieurs mois. Nous avons interviewé les enfants et leurs parents la plupart des cas de manière séparée (dans 20 cas), ou ensemble, lorsque les conditions ne le permettaient pas (dans 9 cas). Au total, nous avons pu interviewer 29 enfants et 31 parents (26 mères, un père et deux couples mère-père). Les entretiens avec les enfants ont duré en moyenne 30 minutes et les entretiens avec les parents une heure. Ils ont eu lieu soit à l'hôpital soit au domicile des enfants. Ces entretiens avaient pour objectif d'explorer les trajectoires de santé des enfants et leur parcours de vie, à partir de différentes thématiques telles que l'alimentation, les activités sportives et de loisirs, les relations parentales et l'histoire familiale. Les questions portaient aussi bien sur leur situation présente que sur leur vie antérieure à la thérapie. Parallèlement aux entretiens, nous avons également effectué des observations des consultations diététiques avec les enfants et les parents (43 séances au total), afin de comprendre de quelle manière est organisé le contenu de la thérapie et d'obtenir des informations sur les familles avant les entretiens.

Le recrutement des familles a été effectué en face à face à l'hôpital, généralement suite aux observations des consultations, ou encore par l'intermédiaire de professionnels. Sur 64 familles auxquelles l'étude a été présentée 29 ont donné leur

consentement et ont accepté d'y prendre part. Un biais socioéconomique a pu avoir une influence sur la sélection des participants dans la mesure où les familles plus éduquées, avec de meilleures capacités de communication et se conformant davantage aux exigences du personnel médical ont accepté plus facilement de prendre part à l'étude que les autres. Pour ces mêmes raisons, une partie des familles défavorisées est probablement restée en dehors de l'étude. Plus globalement, il est important de souligner que la population clinique de cette consultation n'est pas représentative de l'ensemble de la population d'enfants obèses, puisqu'uniquement une partie de ces familles fait le choix d'entreprendre une prise en charge, bien que celle-ci soit souvent prescrite par les pédiatres généralistes et les services de santé scolaire. Même si l'assurance maladie obligatoire rembourse les coûts de la prise en charge, certains coûts accessoires peuvent représenter un obstacle pour les familles les plus pauvres, tels que les frais d'inscription aux activités sportives proposées par l'hôpital, ou les coûts de transport entre le domicile et l'hôpital.

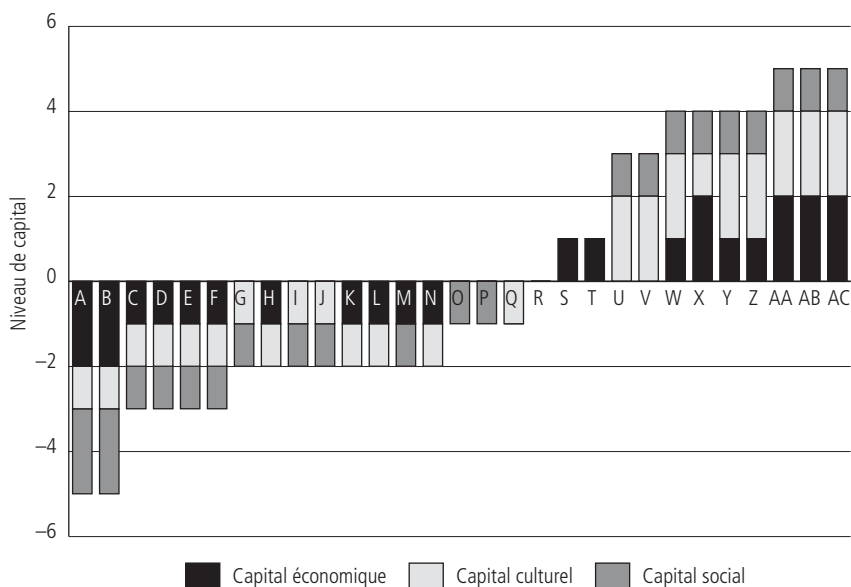
4 Position sociale et conformité aux normes sanitaires

Les 29 entretiens réalisés ont été retranscrits et analysés à l'aide du logiciel Nvivo. Nous avons effectué une analyse transversale de l'ensemble des entretiens, afin de comparer les trajectoires de santé des enfants en excès de poids et les relier à leurs conditions sociales d'existence.

Nous avons tout d'abord essayé de décrire la position sociale des enfants en évaluant leurs niveaux de capital économique, culturel et social (voir figure 1). Dans la mesure où les enfants vivent sous la dépendance de leurs parents, leurs niveaux de capital reflètent généralement ceux des parents. Pour évaluer le niveau de capital économique, nous nous sommes basés sur la variable de la profession des parents. Il aurait certes été plus précis de se baser sur le revenu, mais cette information n'a pas été collectée dans les entretiens. Le capital culturel a été évalué sur la base du niveau d'éducation des parents. Puisque nous avons constaté une forte homologie en termes de niveaux d'éducation des mères et des pères, nous avons décidé d'adopter une mesure unique pour ceux-ci. Le capital social a été évalué sur la base de la description subjective que les enfants et les parents ont donnée du réseau d'interconnaissance de l'enfant (famille, amis et camarades). Pour chaque forme de capital, nous avons essayé d'estimer si le niveau de capital était très faible (-2), faible (-1), moyen (0), élevé (1), ou très élevé (2). Après avoir attribué une valeur numérique à chaque niveau de capital, nous avons évalué le niveau de capital total des enfants. Dans la figure 1, nous avons résumé les données obtenues pour l'ensemble des enfants. Afin de respecter leur anonymat, les prénoms des enfants ont été remplacés par des lettres.

Sur la base de ces résultats, nous avons pu identifier quatre groupes sociaux principaux qui se distinguent par leur dotation en capital (voir tableau 1 ci-dessous).

Figure 1 Capitaux possédés par les enfants



Le premier groupe est composé de deux enfants dont les parents sont des travailleurs manuels non-qualifiés¹ avec des emplois précaires, ayant terminé uniquement l'école obligatoire. Dans ces familles, toutes deux monoparentales, l'enfant et le parent ont vécu un processus migratoire, accompagné d'un phénomène de précarisation. Leur dotation en capital est faible, voire très faible à tous les niveaux. Le deuxième groupe est composé de douze enfants dont les parents sont des travailleurs manuels non-qualifiés, manuels qualifiés, chômeurs ou invalides ayant terminé l'école obligatoire ou un apprentissage. Plusieurs de ces familles (dix sur douze) ont également eu une expérience migratoire, concernant les parents et l'enfant, les deux parents ou un seul parent. Ces familles ont surtout connu une mobilité ascendante ou pas de mobilité (dans un seul cas une mobilité descendante). Dix de ces familles sont nucléaires et deux sont monoparentales. Leur niveau de capital total est généralement bas, avec des niveaux bas dans au moins deux formes de capital. Le troisième groupe est composé de six enfants avec des parents exerçant en tant que travailleurs non-manuels qualifiés, ayant suivi un apprentissage ou une école professionnelle. Les parents ont connu une expérience migratoire accompagnée d'une mobilité sociale ascendante dans trois cas. Les six familles sont nucléaires. Leur niveau de capital est généralement moyen, avec

1 Nous nous basons ici sur les catégories socioprofessionnelles de l'Office fédéral de la statistique suisse (2016).

des niveaux moyens dans au moins deux formes de capital. Le quatrième groupe est formé de neuf enfants dont les parents exercent dans des professions intellectuelles, d'encadrement ou libérales, ayant terminé des études universitaires. Leurs familles ont connu des processus migratoires dans quatre cas, parfois accompagnés d'une mobilité sociale descendante (dans deux familles). Cinq familles sont nucléaires et trois sont monoparentales. Leurs niveaux de capital sont généralement élevés, voire très élevés, avec au moins deux formes de capital avec un niveau élevé.

À partir des descriptions qui nous ont été fournies au sujet des habitudes de vie des enfants en matière d'alimentation, d'activités sportives et de loisir, nous avons ensuite essayé d'évaluer la conformité de leurs habitudes de vie aux normes

Tableau 1 Quatre groupes aux caractéristiques sociales différentes

<p>Groupe 1 : A, B</p> <ul style="list-style-type: none"> › Profession des parents : travailleurs manuels non-qualifiés. Emploi précaire › Niveau d'études des parents : école obligatoire › Familles monoparentales › Expérience migratoire touchant les parents et l'enfant › Mobilité sociale descendante, précarisation › Genre : 1 fille (A), 1 garçon (B) › Âge : 11–14 (A), 15–18 (B) › Stade de la prise en charge : initial (B) ou avancé (A) 	<p>Groupe 2 : C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N</p> <ul style="list-style-type: none"> › Profession des parents : Travailleurs manuels non-qualifiés, travailleurs manuels qualifiés, chômage ou invalidité › Niveau d'études des parents : école obligatoire ou apprentissage › Familles nucléaires (C, E, F, G, H, I, J, L, N) et monoparentales (D, M) › Expérience migratoire touchant les parents et l'enfant (F, G), les deux parents (C, E, H, I, K, L), un parent (D, N) ou parents suisses (J, M) › Mobilité sociale ascendante (E, G, I, K, L), descendante (J) ou pas de mobilité (C, D, F, H, M, N) › Genre : 6 filles (C, D, F, G, K, L), 6 garçons (E, H, I, J, M, N) › Âge : 7–10 (E, F), 11–14 (G, H, I, K, L, N), 15–18 (C, D, J, M) › Stade de la prise en charge : initial (E, G, L) ou avancé (C, D, F, H, I, J, K, M, N)
<p>Groupe 3 : O, P, Q, R, S, T</p> <ul style="list-style-type: none"> › Profession des parents : travailleurs non-manuels qualifiés (professions intermédiaires) › Niveau d'éducation des parents : apprentissage ou écoles professionnelles › Familles nucléaires › Expérience migratoire touchant les parents (O, P, Q) ou parents suisses (R, S, T) › Mobilité sociale ascendante (O, P, Q) ou pas de mobilité (R, S, T) › Genre : 3 filles (P, S, T) et 3 garçons (O, Q, R) › Âge : 11–14 (P, Q, R), 15–18 (O, S, T) › Stade de la prise en charge : initial (R), ou avancé (O, P, Q, S, T) 	<p>Groupe 4 : U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC</p> <ul style="list-style-type: none"> › Profession des parents : professions intellectuelles, d'encadrement ou libérales › Niveau d'éducation des parents : hautes écoles et universités › Familles nucléaires (W, X, Y, Z, AA, AC) et monoparentales (U, V, AB) › Expérience migratoire touchant les parents (U, V, Y, AC) ou parents suisses (W, X, Z, AA, AB) › Mobilité sociale descendante (V, Y) › Genre : 5 filles (U, W, X, Y, AA), 4 garçons (V, Z, AB, AC) › Âge : 11–14 (V, W, Z, AA, AC), 15–18 (U, X, Y, Z, AB) › Stade de la prise en charge : initial (U, V) ou avancé (W, X, Y, Z, AA, AB, AC)

sanitaires. Il s'agissait de comprendre en quoi les enfants ont incorporé dans leurs pratiques sociales les normes qui leur ont été transmises par les professionnels de santé. Nous avons distingué la période précédant la prise en charge de la situation au moment des entretiens, en prenant en compte les changements effectués par les enfants entre ces deux phases. Il est important de souligner que notre approche nous a permis d'accéder uniquement aux pratiques déclarées par les acteurs et non pas aux pratiques réelles. Elle peut donc avoir induit des biais, notamment en termes de désirabilité sociale. Cependant, la conduite d'entretiens séparés avec les enfants et les parents nous a permis d'en partie contrer ce biais, en comparant les discours.

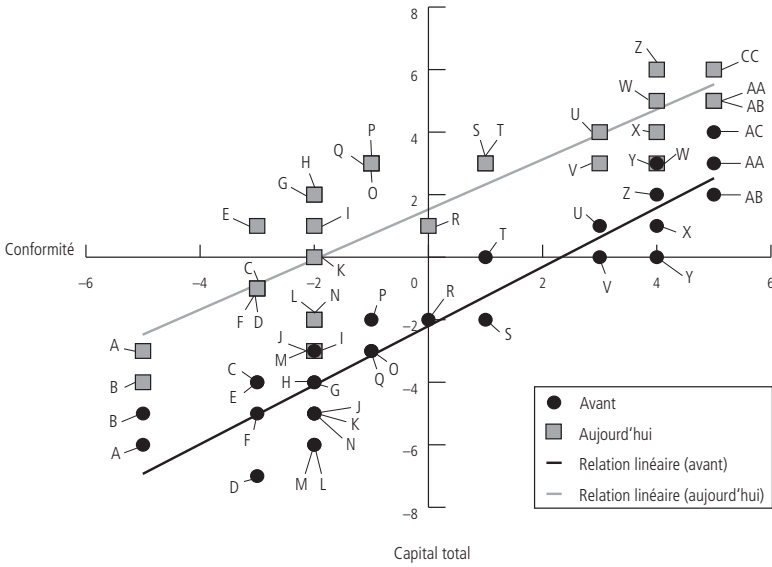
Les normes sanitaires prises en compte pour évaluer la conformité des pratiques déclarées des enfants étaient celles transmises par les professionnels dans le cadre des consultations, telles que nous avons pu les étudier lors de nos observations. Elles peuvent être résumées ainsi :

1. Boire de l'eau et pas des boissons sucrées.
2. Limiter les quantités d'aliments consommés (portions adaptées aux besoins des enfants).
3. Manger équilibré, limiter les gras, le sucre et le sel (qualité).
4. Manger lentement (durée idéale du repas 15–20 minutes).
5. Éviter de manger entre les repas (grignotages).
6. Pratiquer régulièrement une activité physique intense.
7. Être actif au quotidien et pratiquer des activités de loisirs en mouvement.

Pour pouvoir évaluer la conformité des comportements de chaque enfant aux normes sanitaires, nous avons pris en compte l'ensemble de ces indicateurs. Nous avons attribué des valeurs aux indicateurs et nous les avons additionnées afin d'obtenir un indice global de conformité. Nous avons attribué la valeur de +1 à l'indicateur quand la norme en question était respectée, -1 quand elle n'était pas respectée et 0 quand elle n'était respectée qu'en partie. La somme des sept indicateurs nous a permis d'obtenir des résultats variant entre -7 et 7. Entre -7 et -3, nous avons considéré la conformité comme faible, entre -2 et 2 comme moyenne et entre 3 et 7 comme élevée. Nous avons ensuite mis en perspective le niveau de conformité global avec la position sociale des enfants, plus précisément avec leur dotation en capital. Ces résultats sont résumés dans la figure 2 ci-dessous.

La figure 2 nous permet d'observer que le niveau de conformité aux normes sanitaires tend à augmenter au fur et à mesure de la prise en charge pour l'ensemble des enfants. Nous pouvons cependant observer d'importantes différences entre les trajectoires de santé des enfants selon les groupes sociaux. Avant la prise en charge, le style de vie des enfants se situant en bas de l'échelle sociale (groupes 1 et 2) est clairement moins conforme aux normes sanitaires que celui des enfants se situant au milieu et en haut de l'échelle (groupes 3 et 4). Comme l'illustrent les deux lignes de tendance, le niveau de conformité tend à augmenter avec le niveau de capital. Au

Figure 2 Conformité et capitaux



cours de la prise en charge, le niveau de conformité augmente peu pour le groupe 1 (il reste faible), tandis que dans le groupe 2, il connaît des évolutions plus importantes (il passe de faible à moyen). Bien que les deux groupes soient caractérisés par des niveaux faibles de capitaux, la situation sociale des familles du groupe 1 est plus instable, puisque marquée par la mobilité descendante, tandis que les familles du groupe 2 font plutôt l'expérience d'une stabilité ou d'une amélioration de leur condition sociale. Cela pourrait expliquer leur plus grande capacité à intégrer les normes sanitaires. Dans le groupe 3, le niveau de conformité avant la prise en charge est moyen et est donc plus élevé que dans les groupes 1 et 2. Après la prise en charge, ce niveau moyen ou devient élevé. Dans les familles du groupe 4, le style de vie avant la prise en charge (niveau de conformité moyen ou élevé) est bien plus conforme aux normes sanitaires que celui des trois autres groupes sociaux. Au cours de la prise en charge, il atteint un niveau élevé. Leur degré de changement n'est pas plus grand que celui des autres familles, mais se met en place à partir d'une situation de départ plus favorable. De manière générale, la marge de progression des enfants au cours de la thérapie est assez variable dans l'ensemble des groupes sociaux. Chaque enfant connaît en effet une trajectoire qui lui est propre. D'autres variables viennent également influencer la conformité et son évolution au cours du temps, telles que le temps passé dans la prise en charge, l'âge et le genre. Nous avons

cependant renoncé à faire une analyse systématique de l'influence de ces variables dans cet article afin de nous focaliser sur la position sociale. Nos entretiens semblent en tout cas montrer que les enfants qui ont eu une prise en charge plus longue et les enfants plus âgés parviennent à mieux intégrer les normes sanitaires que les autres enfants. Les filles semblent également être plus investies dans le processus thérapeutique que les garçons, en raison de la plus forte pression à la minceur, liée aux représentations genrées du corps, associant féminité et minceur. Compte tenu de la diversité de notre échantillon qui peut être observée au sein de chaque groupe social (voir tableau 1), nous estimons que ces variables ne compromettent pas notre analyse en termes de position sociale.

À la lumière de ces constats, il s'agit à présent de savoir à travers quels mécanismes la position sociale influence la conformité du style de vie des enfants aux normes sanitaires et leur capacité d'adaptation à ces normes. C'est ce que nous allons faire dans les parties suivantes de l'article en nous appuyant sur la théorie de la reproduction de Pierre Bourdieu (1979 ; 1994), notamment sur sa typologie des capitaux et sur sa théorie de l'habitus.

5 L'influence des capitaux

L'influence de la position sociale sur la conformité des enfants avant et pendant la prise en charge s'exerce en premier lieu par le biais des capitaux (économique, culturel et social) possédés.

En ce qui concerne le *capital économique*, dans les familles des groupes 1 et 2, cette variable est parfois apparue comme étant un frein à l'adoption d'un mode de vie conforme aux prescriptions médicales. Certains parents ont souligné le fait que la nourriture saine est relativement chère et qu'il n'est pas toujours possible d'acheter les produits de meilleure qualité. Ils ont affirmé restreindre leurs dépenses en matière de nourriture, afin de respecter un certain budget et pouvoir « joindre les deux bouts » à la fin du mois :

On sait ce qui est sain, mais ce n'est souvent pas abordable au niveau des prix. On va faire attention à ce qu'il y aura dans l'assiette, mais ce n'est pas forcément du biologique. On est limités au niveau financier, on ne peut pas acheter tout ce qu'on veut. (Mère de J)

Ces parents ont pourtant déclaré faire beaucoup d'efforts afin de proposer à leurs enfants des repas complets et équilibrés. Parallèlement à la nécessité d'assurer une alimentation saine, la préoccupation d'avoir suffisamment d'aliments à proposer aux enfants est souvent apparue dans les entretiens. Cet élément s'est également retrouvé dans les entretiens menés avec les enfants, qui ont parfois exprimé la peur de manquer de nourriture. La pression que ces familles ressentent en termes économiques

les amènerait à consommer de plus grandes quantités de nourriture et à privilégier des aliments plus caloriques. Dans les familles du groupe 2 ayant vécu un processus migratoire accompagné d'une mobilité ascendante, l'abondance de la nourriture consommée participe également à affirmer le statut social récemment acquis et le pouvoir d'achat plus grand qui en découle. Ces résultats tendent à confirmer ce qui a été observé dans d'autres recherches sociologiques sur l'alimentation des classes populaires et des populations migrantes (Corbeau 2005 ; Régnier et Masullo 2009).

En termes de mouvement, certaines familles ont également souligné l'importance du facteur économique dans le choix des activités sportives et de loisir. Les coûts liés à ces activités peuvent représenter un frein pour les familles ayant un budget limité. Des aspects apparemment accessoires, tels que le fait de ne pas avoir un ordinateur, peuvent également être des obstacles à l'accès à ces activités.

C'est toujours compliqué pour prendre des activités... Il faut faire toute une discussion, bla bla... Il faut le courriel... Je n'ai pas d'email, je n'ai pas d'ordinateur. Je sais que ce n'est pas normal en Suisse... Mais je ne peux pas acheter, parce que je suis toute seule avec les petites... Je ne peux pas acheter un ordinateur. (Mère de A)

Dans les groupes 3 et 4, la plus grande dotation en capital économique permet aux familles d'adhérer plus facilement à un style de vie conforme aux normes sanitaires, en choisissant plus librement les aliments à consommer. Dans ces groupes sociaux, la mobilité sociale descendante peut cependant représenter un facteur de déstructuration du style de vie et avoir des conséquences sur la conformité aux normes sanitaires, notamment lorsqu'il s'agit de renoncer à des pratiques en raison d'un manque d'argent. Cela a été le cas pour deux familles migrantes qui se sont senties limitées financièrement durant leurs premières années passées en Suisse, en raison de la difficulté des parents à trouver des emplois correspondant à leurs qualifications.

Le *capital culturel* exerce également une influence importante sur la conformité des enfants aux normes sanitaires. Les familles qui disposent de plus grandes connaissances scolaires (groupes 3 et 4) semblent être mieux informées au sujet du rapport entre alimentation, mouvement et santé que les familles ayant fait moins d'études. Avant l'entrée dans la thérapie, elles étaient déjà dans une démarche active de recherche d'un mode de vie sain. Au cours de la prise en charge, leur capital culturel élevé leur a permis d'être plus réceptives aux messages des professionnels de santé.

[Avant la thérapie] J'avais déjà essayé de... de l'encourager à se servir qu'une fois à table... Et j'avais essayé d'acheter peu de sucreries, de biscuits et de les cacher. Ouais, puis qu'elle fasse du sport. (Mère de AA)

À l'inverse, dans les familles à bas niveau socioéconomique (groupes 1 et 2), les parents ont parfois affirmé ne pas avoir été au courant des principes et des règles à

suivre en matière de diététique et mouvement auparavant. Certains parents ont de ce fait ressenti de la honte et de la culpabilité face aux professionnels.

Nous, les parents, parfois on fait des fautes graves... Moi je ne savais pas que les jus et les Coca-cola, des choses comme ça, ça peut être parfois nocif à la santé. (Mère de G)

D'autres familles ont affirmé s'être parfois senties jugées ou critiquées par les remarques des professionnels. Ce ressenti a pu les amener à prendre de la distance par rapport à leurs recommandations.

[La doctoresse] n'était pas vraiment dans la positivité, dans l'encouragement. Elle a dit qu'il ne fait pas assez de sport, alors qu'il fait quand même chaque jour quelque chose... C'est clair qu'il pourrait faire plus. Mais elle aurait pu être, pas dire ça comme ça. Je sais que ça l'a énervé, puis moi aussi... Elle était plus dans le reproche qu'autre chose. (Mère de N)

De manière générale, au sein des groupes 1 et 2, les discours des enfants et des parents tendaient cependant à légitimer le savoir transmis par les professionnels de la santé et non pas à le remettre en question. Dans les familles ayant vécu un processus migratoire accompagné d'une mobilité ascendante, les enfants et les parents ont notamment exprimé une forte volonté d'adhérer aux normes prônées dans le cadre de la prise en charge, permettant par ce biais de faire preuve de bonne intégration des valeurs et de la culture du pays.

Le *capital social* joue également un rôle important dans la détermination du style de vie des enfants et de ce fait dans leur capacité à se conformer aux normes sanitaires. Dans le groupe 1, où l'on trouve les niveaux les plus bas de capital social, l'absence d'un réseau durable de relations sociales semble se répercuter de manière négative sur le style de vie des enfants, dans la mesure où l'isolement social entraîne une déstructuration des pratiques alimentaires et des habitudes de vie. L'expérience migratoire vécue par les enfants et les parents, couplée aux divorces, a dans ces cas impliqué une restriction du réseau social.

Moi je travaille toute la journée. Après quand je ne suis pas là, je ne sais pas qu'est-ce qu'il mange. Quand il est seul. Il ouvre le frigo et il mange... (Mère de B)

C'est compliqué avec les filles. (...) Parce que je suis toute seule, je ne peux pas compter avec le papa. Je suis toute seule avec les petites. (...) J'ai seulement ma sœur ici en Suisse, mais elle travaille beaucoup. (Mère de A)

Dans le groupe 2, le réseau de relations sociales est assez restreint, mais relativement stable. Les familles ayant vécu un processus migratoire ont affirmé avoir souffert d'un manque de relations sociales au début de leur installation en Suisse, mais ont pu progressivement reconstruire leur réseau social. L'alimentation et le style de

vie de ces enfants ne sont pas touchés par la déstructuration due à un manque de relations sociales, mais plutôt par un fort encadrement par le groupe familial. Ces relations peuvent représenter des obstacles au changement dans le cadre de la prise en charge, dans la mesure où l'entourage de l'enfant n'est pas toujours prêt à adapter ses pratiques en conséquence. Plusieurs mères nous ont fait part des difficultés à faire changer les habitudes de leur famille, y compris du conjoint, ayant parfois débouché sur des conflits.

Nous on est une grande famille. 4–5 fois par semaine, c'est toute la famille qui mange ensemble. Je ne peux pas faire des menus spécifiques pour chacun. Puis je n'ai pas le soutien ni de mon mari ni de mon beau fils. Je leur dis toujours de ne pas acheter par exemple de la mayonnaise. Parce que mon beau-fils et ma fille habitent ici. Donc quand il vient avec le ketchup, la mayonnaise, des sauces, moi ça m'énerve, parce que je dis « non, il ne peut pas manger ça ». Puis lui, quand c'est sur la table, il ne peut pas s'empêcher d'en manger... Ou même de boire du Coca... Moi j'ai arrêté d'acheter du Coca, du thé, mais si après il y a les autres qui achètent... (Mère de O)

Dans les groupes 3 et 4, les enfants disposent d'un réseau social globalement plus large que les enfants des groupes 1 et 2. De ce fait, leurs pratiques alimentaires et leur style de vie sont soutenus par un ensemble important d'acteurs et institutions. Bien qu'également présente au sein de ces groupes sociaux, la tension avec l'entourage en matière de respect des normes sanitaires est ici moins visible. Les conflits des mères avec l'entourage familial au sujet de l'alimentation de l'enfant ont pu être résolus plus facilement que dans les autres groupes sociaux.

L'expérience du harcèlement lié au poids par les pairs est ressortie dans un grand nombre d'entretiens. Elle entraîne généralement une diminution du capital social chez l'enfant. Celle-ci ne semble pas être spécifique à un groupe social en particulier. Dans la mesure où ils disposent d'un réseau social plus large, les enfants des groupes 3 et 4 semblent cependant réussir plus facilement à se protéger contre cette forme de harcèlement. Dans les groupes 1 et 2, le harcèlement tend à engendrer davantage de souffrance et se cumule avec d'autres formes de discrimination (liées à l'origine sociale ou à la langue).

6 L'influence de l'habitus : dispositions, goûts et pratiques sociales

Une autre notion empruntée à la sociologie de Pierre Bourdieu (1994) se révèle utile pour analyser l'influence de la position sociale sur la conformité des enfants aux normes sanitaires : celle de l'habitus. De manière complémentaire à la typologie des capitaux, la théorie de l'habitus permet de penser le processus de reproduction des pratiques sociales et du style de vie au sein des différentes classes sociales. L'habitus

peut être défini comme un ensemble de dispositions durables, de schèmes de perception et d'appréciation qui génèrent des pratiques ajustées aux positions sociales des individus (Wagner 2010). Il englobe les règles et les codes qui fondent les conduites ordinaires des individus, leurs manières d'être, de penser et d'agir propres à leur groupe d'appartenance. Celles-ci sont acquises dans le cadre de la socialisation et de la prime éducation des individus. Bien qu'elles puissent faire l'objet d'ajustements, elles tendent à durer dans le temps et à orienter l'action des individus tout au long de leur vie. Comme l'a illustré Bourdieu dans *La Distinction* (1979), les goûts des individus en matière d'alimentation et de style de vie doivent être pensés comme les produits de l'habitus et de la socialisation, permettant de signifier et de définir la position des individus dans l'espace social et dans la hiérarchie des classes sociales.

Dans le domaine de l'alimentation, nos entretiens et nos observations nous ont permis de constater que les enfants possèdent des goûts relativement différents selon les milieux sociaux, reflétant des habitus de classe spécifiques. Bien que les goûts de l'ensemble des enfants tendent à s'élargir avec l'âge et avec le temps passé dans la prise en charge dans tous les milieux sociaux, dans les groupes plus aisés (groupes 3 et 4), nous avons constaté que les enfants semblent apprécier davantage les aliments jugés « sains » comme les fruits et les légumes. Leurs parents ont déjà essayé de leur inculquer les principes de l'alimentation saine et équilibrée depuis leur jeune âge. De ce fait, ils ont progressivement développé un goût pour ce type d'aliments. Lorsque nous avons demandé aux enfants de ces groupes sociaux de nous dire quel était leur repas préféré, ils ont généralement évoqué des repas correspondant au modèle de l'assiette équilibrée prônée par les professionnels de santé. Leurs parents ont affirmé avoir toujours accordé une forte importance à l'équilibre alimentaire et à la qualité des produits consommés par les enfants.

J'ai toujours fait attention à ce que ce soit... Oui, la nourriture correcte. En fin, on mange peu de frites ou de chips, ou de... Oui. Non non, là je suis attentive. (...) Moi je vise plutôt une bonne qualité... Par exemple, pour la viande, j'aime bien si c'est biologique, ou production IP [label suisse de production intégrée]. (...) Ouais, je n'achète pas de choses comme ça, précuites, qu'il faut, qu'il faut juste chauffer... (Mère de AA)

Ces parents marquent aussi une distance par rapport aux produits issus de la production industrialisée et des *fast foods*, qu'ils affirment éviter le plus possible. Bien que les enfants puissent aussi apprécier cette nourriture, ils ne la consomment que rarement et essaient à leur tour de l'éviter. Au sujet des quantités des aliments consommés, les enfants et les parents de ces milieux sociaux valorisent la modération et la retenue. Cela confirme l'importance accordée à la qualité et à l'équilibre en matière d'alimentation.

Dans les familles de milieu modeste (groupes 1 et 2), il est plus fréquent que les enfants refusent de manger des fruits et des légumes. Au cours de la prise

en charge, ils apprennent progressivement à intégrer certains de ces produits dans leur alimentation, au prix de multiples efforts et exercices quotidiens, consistant par exemple à goûter des petites quantités des nouveaux aliments à chaque repas. Certains parents ont également développé des stratégies afin d'amener leurs enfants à consommer ce type de produits en masquant leur saveur ou en modifiant leur aspect, en contournant ainsi le problème du goût de l'enfant.

Père de R: *Ma femme, elle mélange déjà les légumes dans les plats qu'elle fait. Quand elle fait une Bolognaise pour les lasagnes, elle met beaucoup de légumes dedans, dans la sauce Bolognaise.*

Mère de R: *Mais il faut râper. Parce que si je ne râpe pas, il les trie.*

Père de R: *Ah ouais, il faut faire tout fin.*

Mère de R: *Sinon il va prendre son temps pour trier...*

Avant la prise en charge, l'alimentation de ces familles n'était pas nécessairement axée sur le modèle de l'alimentation saine et équilibrée, mais davantage sur les critères de plaisir, d'abondance des aliments et sur la possibilité de satisfaire les besoins de l'ensemble des membres de la famille. Lorsqu'il s'agissait d'indiquer leur repas préféré, les enfants de ces groupes sociaux ont plus souvent mentionné des produits tels que pizzas, hamburgers, kebabs et tacos, s'éloignant passablement de l'idéal de l'assiette équilibrée. Les aliments issus de la production industrielle et des *fast foods* sont plus tolérés dans ces familles, voire même valorisés, notamment pendant les jours de vacances et lors d'événements festifs. Ils occupent une place importante dans leurs habitudes de consommation et de loisirs. Au cours de la thérapie, les enfants et les parents vivent de ce fait une tension, dans la mesure où leurs pratiques alimentaires rentrent en conflit avec les prescriptions diététiques véhiculées par les professionnels. De ce fait, ils ou elles sont amenés à trouver des compromis et des stratégies afin de concilier plaisirs et contraintes alimentaires.

Une fois par weekend, on se fait plaisir. On va, soit au cinéma, comme ça ils peuvent avoir des popcorns, ou un McDo, que j'essaie de faire une fois par mois, ou tous les deux mois maintenant. Avant on pouvait aller plus facilement. Et puis, sinon on va genre au Buffalo ou... Puis après au Buffalo on essaie de négocier. (...) D, elle aimait bien avant le Rusti, la viande du Rusti, mais elle est très grasse. Alors du coup, en fait à côté, c'est bien qu'elle prenne sinon l'assiette texane. On trouve l'accord là-dessus. (Mère de D)

Sur le plan du sport et des activités de loisir en mouvement, nous avons également constaté des différences importantes dans les goûts et les pratiques des enfants selon les milieux sociaux. Dans les familles plus aisées (groupes 3 et 4), la majorité des enfants pratiquait déjà du sport ou des activités en mouvement dans le cadre d'un club ou d'une association avant le début de la prise en charge. Ces expériences ont

participé à inscrire le sport et le mouvement dans leur habitus, en termes d'habilités, de techniques et de compétences motrices. La plupart des parents de ce milieu ont affirmé accorder une grande importance à l'éducation sportive, artistique et culturelle de leurs enfants dans leur temps libre. Le mouvement est surtout valorisé en tant que moyen pour maintenir un corps sain, mais aussi comme moyen de socialisation de l'enfant en parallèle à d'autres activités culturelles. Ces activités représentent en outre un moyen pour ces familles de reproduire et parfois élargir leur niveau de capital par le biais des enfants.

Dans les familles de milieu modeste (groupes 1 et 2), les enfants pratiquent surtout des activités sportives ou en mouvement non-institutionnalisées avec leurs pairs, notamment dans le cadre de leur quartier ou de leur village. Uniquement une partie d'entre eux est inscrite dans des clubs ou associations. Plusieurs enfants ont affirmé avoir pratiqué des activités institutionnalisées dans le passé, mais ont arrêté par la suite, en raison d'expériences de harcèlement par les pairs, d'accidents, ou d'une perte de motivation et de plaisir à pratiquer ces activités. Leurs parents ne les ont pas toujours encouragés à poursuivre ces activités ou à en entreprendre de nouvelles. En comparaison avec les parents de milieu aisé, ils semblent moins investir ce domaine d'activités, notamment parce que leurs moyens ne le permettent pas. Au cours de la prise en charge, les enfants de ces familles sont incités à pratiquer des activités en mouvement proposées par l'hôpital lui-même ou à s'insérer dans des clubs et des associations. En raison de leur manque d'expérience sportives et motrices, leur intégration dans ces nouvelles activités ne se fait pourtant pas si facilement, notamment chez les enfants plus âgés, où l'écart par rapport aux compétences des autres enfants est plus marqué. Ces compétences ne font en effet pas partie de leur habitus, puisqu'elles n'ont pas été cultivées depuis leur jeune âge.

Au-delà du contenu même des pratiques sociales des enfants en matière d'alimentation et de mouvement, l'influence de l'habitus se retrouve également dans les stratégies éducatives employées par les parents pour façonner le style de vie de leurs enfants. Dans les familles plus aisées (groupes 3 et 4), les parents tendent à valoriser davantage l'autonomie et la responsabilité. Il est pour eux question d'amener l'enfant à devenir conscient du rapport entre alimentation, mouvement et santé, et de développer un autocontrôle sur ses propres pratiques sociales. L'alimentation saine et le mouvement s'inscrivent dans un véritable projet pédagogique (Mathiot 2014).

Dans ma famille, on a chacun un jour où on doit faire à cuisiner. Par exemple, moi c'est le vendredi soir. Puis ben, je regarde s'il y a des restes, sinon je fais, je choisis. On a toujours, ben, on est obligés de prendre un légume.

On sait qu'à chaque repas au moins on doit avoir un légume. (Mère de W)

Dans les familles de milieu modeste (groupes 1 et 2), l'autonomie et la responsabilité de l'enfant en matière de style de vie occupent une place plus périphérique dans les stratégies éducatives des parents. Ces derniers tendent à valoriser davantage la

capacité de l'enfant à respecter les règles imposées par les parents, à être disciplinés et accommodants au quotidien. Dans d'autres cas, les parents mettent plus l'accent sur la nécessité de satisfaire les besoins de leurs enfants et d'éviter les disputes, en faisant parfois des concessions et des exceptions à la règle. En raison des fortes contraintes qu'ils vivent en lien avec leur travail, les parents ne disposent pas toujours du temps nécessaire pour mettre en pratique une éducation basée sur l'autonomie et la responsabilité de l'enfant. Au cours de la prise en charge, ils sont soumis à l'exigence de modifier leurs pratiques éducatives, sans pour autant disposer des conditions idéales pour la mettre en pratique. Les conseils éducatifs adressés par les professionnels sont parfois perçus comme peu adaptés à leur situation.

7 Conclusion

Les résultats de notre recherche nous ont permis de constater que les trajectoires de santé des enfants suivant une prise en charge pour le surpoids et l'obésité varient en fonction de leur position sociale. Nous avons observé que les pratiques déclarées des enfants de milieu aisé sont plus conformes aux normes sanitaires transmises par les professionnels de santé que celles des enfants de milieu modeste, aussi bien avant que pendant la thérapie. Bien que la situation de l'ensemble des enfants connaisse des transformations au cours du processus thérapeutique, les écarts qui séparent les styles de vie des différents groupes sociaux demeurent bien visibles.

Le recours à la typologie des capitaux et à la théorie de l'habitus de Bourdieu (1979; 1994), nous a permis d'interpréter ces résultats comme étant l'effet du processus de reproduction sociale des styles de vie qui a lieu au sein des différents groupes sociaux. Avant la prise en charge, les pratiques des enfants en matière d'alimentation et mouvement sont en effet déjà structurées par les schèmes de comportement et d'appréciation qu'ils ont acquis au cours de leur socialisation, reflétant leur position sociale et leur dotation en capital. La thérapie ne vient pas radicalement modifier ces dispositions. Si dans les milieux aisés l'intériorisation des normes sanitaires se fait de manière relativement simple, en raison de la forte compatibilité entre ces normes et les dispositions déjà acquises par les enfants au sein de la famille; dans les milieux modestes, ce travail se révèle plus difficile et complexe, puisqu'il remet en question – parfois de manière très profonde – le style de vie de l'enfant et de ses parents. Le manque de ressources constitue en outre un obstacle important au changement pour ces familles. Ces résultats tendent à confirmer ce qui a été observé par Régnier et Masullo (2009) et Mathiot (2014) au sein de la population générale. Pour les familles de notre étude, l'impossibilité d'incorporer les normes sanitaires donne cependant moins souvent lieu à des formes de réaction ou de résistance dans les milieux modestes. Cela peut s'expliquer par le fait que ces familles sont engagées

dans un processus thérapeutique, qui requiert une adhésion minimale à ces normes et rend plus difficile leur mise à distance.

Un certain nombre de limites peuvent être évoquées concernant notre étude. La première concerne l'effet de désirabilité sociale créé par la situation d'entretien, pouvant amener les familles à produire des discours plus conformes aux normes sanitaires qu'ils ne le soient vraiment. La deuxième concerne l'effet d'autres variables, telles que le temps passé dans la thérapie, l'âge et le genre de l'enfant sur la conformité aux normes sanitaires, que nous n'avons pas pu étudier dans le détail dans cet article. Nous estimons cependant que nos analyses demeurent valables y compris lorsqu'on tient compte de l'influence de ces autres variables, qui viennent moduler l'effet de la position sociale sur la conformité, plutôt que l'altérer véritablement.

L'hypothèse formulée au départ selon laquelle les enfants des milieux plus aisés ont plus de facilité à adapter leur style de vie aux normes sanitaires transmises dans le cadre de la prise en charge semble être confirmée. Il est cependant important de souligner que dans l'ensemble des groupes sociaux, le style de vie des enfants tend à se conformer aux normes sanitaires au cours de la prise en charge. Au cours du processus thérapeutique, il s'opère un double processus. D'une part, la thérapie contribue à reproduire les inégalités en termes de pratiques alimentaires et de style de vie entre les différents groupes sociaux. D'autre part, elle participe à conformer le style de vie de l'ensemble des enfants aux normes sanitaires prônées par les professionnels. L'imposition de ces normes aux enfants en excès de poids et à leurs familles se révèle cependant problématique lorsqu'on considère que le mode de vie d'une partie d'entre eux se voit être remis en question par ces normes. Les enfants de milieu modeste subissent de ce fait une violence symbolique et tendent à vivre des tensions plus importantes au cours du processus thérapeutique que les enfants de milieu aisé. La transformation du style de vie requiert en effet beaucoup d'efforts de la part de ces enfants et de leurs parents, en raison du fait qu'elle touche à un ensemble central de dispositions de leur habitus, qui nécessitent d'être modifiées, voire remplacées. La prise en charge exige en outre une adaptation de l'ensemble du contexte social de l'enfant, qui n'est pas toujours envisageable pour ces familles.

Ces résultats nous amènent à questionner la pertinence des thérapies du surpoids et de l'obésité fondées sur la transmission de normes sanitaires jugées universelles, qui ne tiennent pas compte de la diversité des styles de vie des différents groupes sociaux. En avançant l'idée que chaque enfant peut parvenir à adhérer au style de vie prôné dans le cadre de la thérapie, lui-même fondé sur des normes et des valeurs propres aux classes moyenne et aisée, ces approches tendent à faire abstraction des conditions sociales dans lesquelles vivent les enfants. Elles tendent de ce fait à reproduire une conception individualiste de l'obésité, projetant avant tout la responsabilité sur l'enfant et ses parents. Ces derniers sont ainsi chargés de modifier leur propre style de vie, afin d'atteindre une corpulence conformes normes médicales et sociales en vigueur.

8 Références bibliographiques

- Bourdieu, Pierre. 1994. *Raisons pratiques*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, Pierre. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Éditions de Minuit.
- Burton-Jeangros, Claudine, Stéphane Cullati, Amanda Sacker et David Blane (éds.). 2015. *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions*. New York: Springer.
- Campos, Paul, Abigail Saguy, Paul Ernsberger, Eric Oliver et Glenn Gaesser. 2006. The Epidemiology of Overweight and Obesity: Public Health Crisis or Moral Panic? *International Journal of Epidemiology* 35(1): 55–60.
- Corbeau, Jean-Pierre. 2005. Évolutions des modes de vie et des trajectoires sociales d'obésité chez les jeunes enfants. *Enfances et Psy* 27: 17–23.
- Delavari, Maryam, Anders Sonderlund, Boyd Swinburn, David Mellor et Andre Renzaho. 2013. Acculturation and Obesity Among Migrant Populations in High Income Countries: a Systematic Review. *BMC Public Health* 13: 458.
- Eckersley, Richard. 2015. Beyond Inequality: Acknowledging the Complexity of Social Determinants of Health. *Social Science & Medicine* 147: 121–125.
- Lasserre, Aurélie, Arnaud Chiolero, François Cachat, Fred Paccaud et Pascal Bovet. 2007. Overweight in Swiss Children and Associations With Children's and Parents' Characteristics. *Obesity* 15(12): 2912–2919.
- Lupton, Deborah. 2013. *Fat*. Abingdon: Routledge.
- Lutz 2017. Les économies morales de l'obésité de l'enfant. *Anthropologie et santé* 14, <http://anthropologiesante.revues.org/2617> (12.10.2017).
- Mathiot, Louis. 2014. L'alimentation des enfants du point de vue de leurs parents: des représentations du risque différenciées selon l'appartenance sociale des familles. *Sociologie et sociétés* 46(2): 133–154.
- Maurer, Donna et Jeffery Sobal (Eds.). 1995. *Eating Agendas: Food and Nutrition as Social Problems*. New York: Walter de Gruyter.
- McLaren, Lindsay. 2007. Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiologic Reviews* 29(1): 29–48.
- Moffat, Tina. 2010. The “Childhood Obesity Epidemic”: Health Crisis or Social Construction? *Medical Anthropology Quarterly* 24(1): 1–21.
- OFS, 2016. *Catégories socioprofessionnelles (CSP) 2010*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Patterson, Matt et Joséé Johnston. 2012. Theorizing the Obesity Epidemic: Health Crisis, Moral Panic and Emerging Hybrids. *Social Theory & Health* 10(3): 265–291.
- Pestaña, José. 2015. Haro sur les gros. *Actes de la recherche en sciences sociales* 208: 4–13.
- Poullain, Jean-Pierre. 2009. *Sociologie de l'obésité*. Paris: PUF.
- Régnier, Faustine et Ana Masullo. 2009. Obésité, goûts et consommation; Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie* 50(4): 747–773.
- Saint Pol, Thibault. 2010. *Le corps désirable*. Paris: PUF.
- Shrewsbury, Vanessa et Jane Wardle. 2008. Socioeconomic Status and Adiposity in Childhood: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies 1990–2005. *Obesity* 16(2): 275–284.
- Sobal, Jeffery et Albert Stunkard. 1989. Socioeconomic Status and Obesity: a Review of the Literature. *Psychological Bulletin* 105(2): 260–275.
- Stamm, Hanspeter, Angela Gebert, Lisa Guggenbühl et Markus Lamprecht. 2014. Excess Weight Among Children and Adolescents in Switzerland. *Swiss Medical Weekly* 144: w13956.
- Vandebroek, Dieter. 2015. Distinctions charnelles. *Actes de la recherche en sciences sociales* 208: 14–39.
- Wagner, Anne-Catherine. 2010. Habitus, in *Les 100 mots de la sociologie*, dirigé par Serge Paugam, Paris: Presses universitaires de France.

- Wang, Youfa et Hyunjung Lim. 2012. The Global Childhood Obesity Epidemic and the Association Between Socio-Economic Status and Childhood Obesity. *International Review of Psychiatry* 24(3): 176–188.
- Wright, Jan et Valerie Harwood. 2009. *Biopolitics and the “Obesity Epiemic.”* New York et Abingdon: Routledge.

Véronique Jaquier, Joëlle Vuille

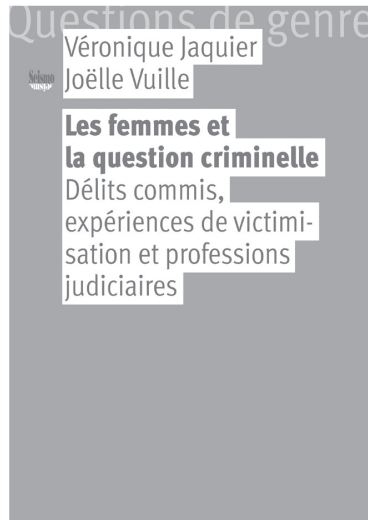
Les femmes et la question criminelle

Délits commis, expériences de victimisation et professions judiciaires

Délinquantes, victimes et professionnelles de la justice : cet ouvrage examine ce qui réunit et distingue les expériences des femmes face à la criminalité, et ce qui les différencie de celles des hommes. Il retrace d'abord l'apparition des perspectives féministes en criminologie, sous l'angle des rapports entre sexe, genre et science. Déconstruisant les stéréotypes de la délinquance féminine, il en décrit les diverses formes, des plus communes (vol, délinquance routière) aux plus « extraordinaires » (homicide, crime organisé). Sont ensuite discutées les violences conjugales et sexuelles envers les femmes, leurs impacts sur la santé et les politiques publiques qui s'y rapportent. L'ouvrage examine enfin le rôle que jouent les femmes dans le contrôle social de la délinquance. Premier ouvrage en français à proposer un tel panorama, il décrit les multiples façons d'intégrer une perspective de genre à la recherche et à la pratique criminologiques.

Véronique Jaquier, Ph.D., est psychologue et docteure en criminologie. Ses activités de recherche et d'enseignement portent sur les violences subies et agies par les femmes, les politiques pénales et publiques délimitant leur prise en charge, et leurs impacts sur la santé mentale. Après des recherches en Suisse (Université de Lausanne) et aux États-Unis (Yale University), elle poursuit aujourd'hui ses activités au Centre romand de recherche en criminologie de l'Université de Neuchâtel.

Joëlle Vuille, Ph.D., a fait des études de droit suisse et obtenu un doctorat en criminologie à l'Université de Lausanne. Elle a ensuite mené une recherche postdoctorale à l'Université de Californie à Irvine avant d'intégrer l'équipe du Centre romand de recherche en criminologie de l'Université de Neuchâtel.



ISBN 978-2-88351-072-2, 512 pages, Fr. 48.- / Euro 43.-
ePDF 978-2-88351-712-7, Fr. 43.- / Euro 37.99