



***Quelles sont les représentations de  
l'alimentation et de l'obésité  
chez les parents et les enfants ?  
Implication et influence dans  
les stratégies éducatives.***

**J. PELICAND  
D. DOUMONT**

**Octobre 2005  
Réf. : 05-36**

**Série de dossiers techniques**



**Service Communautaire de Promotion de la Santé  
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

## PLAN DU DOSSIER TECHNIQUE

<b>1. Introduction</b> .....	<b>1</b>
a. Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent .....	1
i. Situation actuelle	
ii. Définition	
iii. Conséquences à moyen et long terme	
iv. Causes retenues dans la littérature	
1. « biomédicales »	
2. environnementales	
b. Objectifs .....	7
<b>2. Méthodologie</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Le choix alimentaire des enfants et adolescents : place et rôle des parents`</b> .....	<b>8</b>
a. Choix alimentaire .....	8
b. Place et rôle des parents dans les comportements alimentaires des enfants et adolescents .....	10
i. Environnement alimentaire familial	
1. disponibilité et accessibilité des aliments en famille	
2. connaissances sur l'alimentation des enfants, en particulier les préférences alimentaires	
3. repas familiaux	
4. modèle parental	
ii. Communication intra familiale et relations parents-enfants	
<b>4. Perceptions parentales de l'alimentation, du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent</b> .....	<b>15</b>
a. Importance des attitudes et croyances dans les comportements de santé .....	15
b. Attitudes et croyances parentales .....	16
i. Alimentation	
ii. Surpoids et obésité des enfants et adolescents	
1. perception du risque	
2. perception du statut pondéral	
c. Facteurs d'interaction : attitudes et croyances des intervenants extérieurs ...	19
i. Population générale : adulte et enfants (pairs)	
ii. Professionnels de santé	
iii. Enseignants	
<b>5. Stratégies éducatives préventives ou curatives</b> .....	<b>23</b>
a. En général .....	23
b. Auprès des enfants .....	25
c. Auprès des parents .....	26
d. Auprès de l'entourage : enseignants et professionnels de santé .....	28
<b>6. Conclusions</b> .....	<b>31</b>
<b>7. Références bibliographiques</b> .....	<b>32</b>

Julie PELICAND, Dominique DOUMONT.

Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain <sup>1</sup>

## **QUELLES SONT LES REPRESENTATIONS DE L'ALIMENTATION ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES PARENTS ET ENFANTS ?**

### **IMPLICATION ET INFLUENCE DANS LES STRATÉGIES ÉDUCATIVES**

#### **1°. Introduction**

##### **a. Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent**

###### **i. Situation actuelle**

Le surpoids et l'obésité sont des problèmes de santé publique au niveau mondial. Déjà en 1974, avait lieu le premier congrès international sur l'obésité, afin de définir le caractère « sérieux » de cette maladie. En 1985, aux USA, l'obésité est déclarée problème de santé publique. Sa reconnaissance médicale officielle comme maladie date de 1990.

En 1997, un groupe de travail remet à l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) un rapport technique intitulé « l'obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale », reprenant les différentes données mondiales et stratégies d'action et dont une partie est consacrée au surpoids et l'obésité de l'enfant et l'adolescent.

Un groupe de travail se constitue en 2000, composé de l'International Obesity Task Force (IOTF) et du Child Obesity Working Group, sous l'égide de l'OMS, afin de réfléchir plus particulièrement au problème de l'obésité dans l'enfance. En effet, le risque majeur de l'obésité chez l'enfant est sa persistance à l'âge adulte. L'augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'adulte accentue les risques à moyen et long terme.

Afin d'évaluer la situation mondiale chez l'enfant, une définition internationale de l'obésité et du surpoids chez l'enfant a été élaborée et adoptée par l'IOTF et décrite par Cole et al (7) en 2000. Elle se base sur l'Indice de Masse Corporelle (IMC ou BMI :body mass index en langue anglaise) mais a été adaptée à la situation de l'âge et du sexe pour les enfants de 2 à 18 ans.

La situation mondiale a été décrite en 2005 par Janssen et al (23), auprès d'enfant âgés de 10 à 16 ans au cours des années 2000-2002. Les prévalences du surpoids et de l'obésité sont les plus élevées dans les pays du continent Nord Américain, la Grande-Bretagne et la partie sud de l'Europe de l'Ouest :

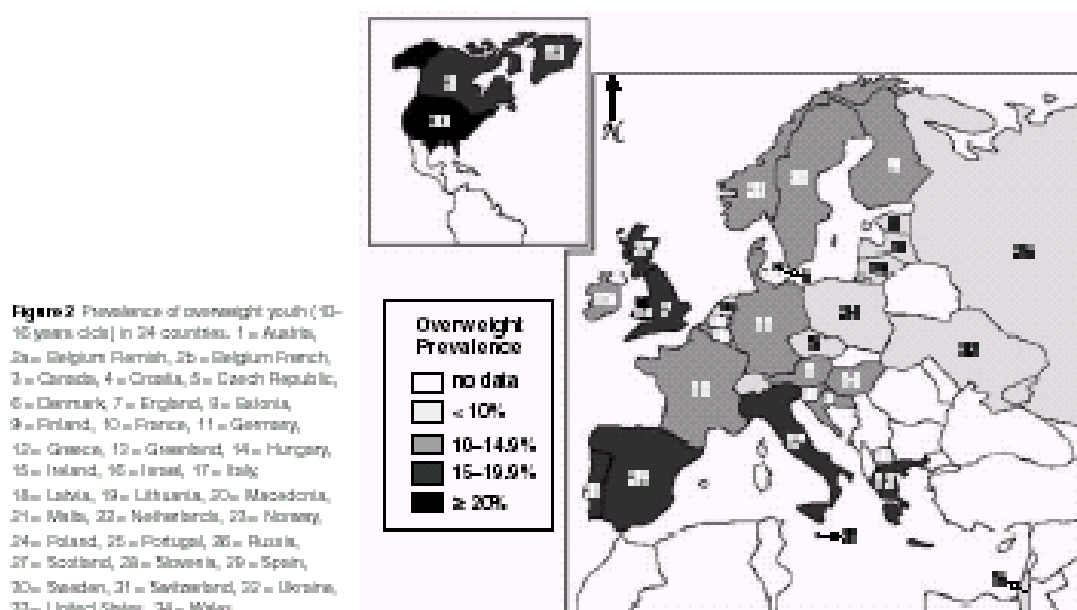
---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, J. Berrewaerts, D. Doumont, F. Libion, J. Pélicand, F. Renard, M. Steyaert.

Prévalence	Surpoids	Obésité
Malte	25,4%	7,9%
USA	25,1%	6,8%
Grande-Bretagne	21,2% (Pays de Galle)	5,1% (Angleterre)

Sur le plan régional mondial, les résultats, auprès d'enfants de 10-16 ans en 2001-2002, sont les suivants :

Prévalence du surpoids	Régions concernées
> 15%	Continent Nord Américain Grande Bretagne 5 pays de la zone sud de l'Europe de l'Ouest (Grèce, Italie, Malte, Portugal, Espagne)
10-15%	Pays du nord (Danemark, Finlande, Suède, Norvège) Pays du centre de l'Europe de l'Ouest (Autriche, Belgique (francophone), France, Allemagne, Pays-Bas, Suisse) 4 pays dans le sud ouest de l'Europe de l'Est (Croatie, Slovénie, Macédoine, Hongrie)
<10%	7 pays de l'Europe de l'Est (République Tchèque, Estonie, Lituanie, Pologne, Russie, Ukraine, Lettonie)



### Janssen et al, 2005

Une autre étude réalisée en 2003 (28) confirmait cette différence régionale en Europe avec 20 à 40% de prévalence de surpoids chez les enfants de 7 à 17 ans habitant dans le Sud et 10 à 20% dans les pays du Nord. Plusieurs hypothèses étaient avancées pour expliquer cette différence importante (taille, prédisposition et climat).

De plus, une autre particularité apparaît sur le plan mondial : les enfants présentent un surpoids de plus en plus jeune. En Australie, d'après Booth et al en 2003 cités par Hesketh et al (20), 1 enfant sur 5 est déjà en surpoids à l'âge de 5 ans, avant de rentrer à l'école.

Devant cette problématique mondiale de plus en plus inquiétante, chaque pays essaie de prendre des décisions et choisir des stratégies afin d'enrayer cette « épidémie ». En France, un Programme National de Nutrition-Santé (PNNS) a été mis en place de 2000 à 2005 (51) avec diverses actions et recherches. La Belgique initie son PNNS en 2005.

## **ii. Définition**

Le surpoids et l'obésité sont définis par des critères cliniques mais surtout à l'aide d'échelles validées et communes dans le monde entier.

Chez l'adulte, la classification OMS du poids est basée sur l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou BMI en langue anglaise (Body Mass Index). Cet indice est calculé à l'aide de la formule suivante :  $(\text{poids en kilogramme}) / (\text{taille en mètre})^2$

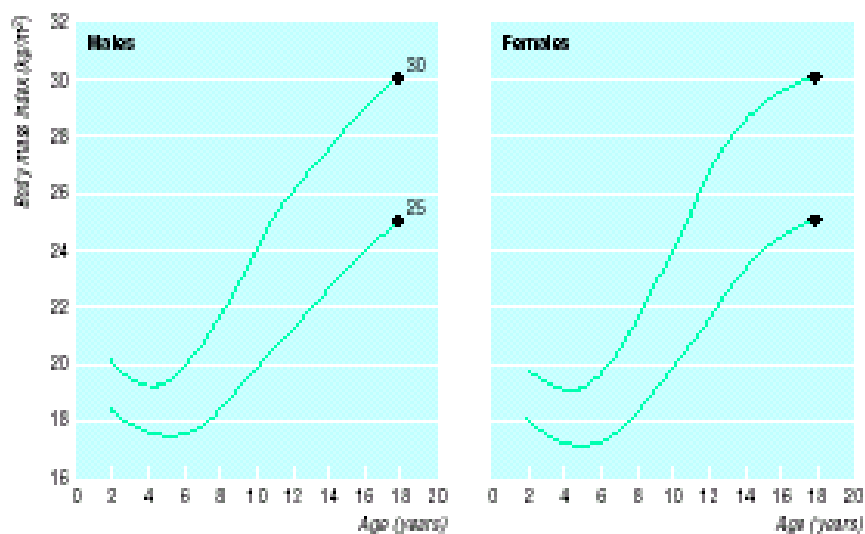
Le surpoids est alors défini par un IMC  $\geq$  ou égal à 25 kg/m<sup>2</sup> et l'obésité avec un IMC  $\geq$  ou égal à 30kg/m<sup>2</sup>.

Chez l'enfant, le choix d'une définition comparable et internationale est plus difficile. En effet, l'indice de masse corporelle change réellement avec l'âge (moins de 13 kg/m<sup>2</sup> à la naissance, augmente à 17 kg/m<sup>2</sup> à 1 an, diminue à 15,5 kg/m<sup>2</sup> à 6 ans et ré augmente à 21 kg/m<sup>2</sup> à 20 ans). Il faut donc plusieurs points de référence pour définir le surpoids et l'obésité à chaque âge.

Pour l'utilisation clinique, un groupe d'experts a recommandé l'utilisation des courbes de percentiles de BMI par âge développées aux USA par le NCHS (National Center for Health Statistics) et le National center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Aux USA, la référence nationale utilise les 85ème et 95ème percentiles de l'indice de masse corporelle pour l'âge et le sexe comme valeur seuil pour le surpoids et l'obésité chez l'enfant. Ces données ont été choisies à partir d'une base de données représentatives nationales américaines .

Cependant, pour comparer différentes populations du monde entier, l'IMC, plus international et moins arbitraire, est utilisé (Cole et al en 2000 (7)).



**Fig 3** International cut off points for body mass index by sex for overweight and obesity, passing through body mass index 25 and 30 kg/m<sup>2</sup> at age 18 (data from Brazil, Britain, Hong Kong, Netherlands, Singapore, and United States)

**Cole et al, 2000**

### iii. Conséquences à moyen et long terme

Depuis la recrudescence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, de nombreuses complications de l'obésité chez l'enfant sont recensées (27):

- métaboliques :

hyperinsulinémie, intolérance au glucose et risque de diabète de type 2, augmentation des facteurs de risques cardiovasculaires (hypertension sanguine, modification du profil lipidique, hypertrophie ventriculaire gauche) qui conduisent à l'athérosclérose et aux maladies coronariennes. Le syndrome d'apnée du sommeil peut également être retrouvé dans les obésités graves.

- psychologiques :

les enfants obèses présentent une faible estime de soi, se perçoivent comme non attractif, dépriment. Cette insatisfaction corporelle les conduit à adopter des comportements alimentaires à risque (boulimie, anorexie...). Ces troubles psychologiques et psychiatriques sont souvent dus à des perturbations de même nature chez les parents, du fait de l'obésité de leur enfant.

- économiques et sociales :

isolement social ....

- Cependant, le plus grand problème de santé est le risque d'obésité à l'âge adulte :

30% des enfants obèses deviennent des adultes obèses (42).

L'obésité au cours de l'adolescence accroît le risque de morbidité et de mortalité chez l'adulte. Et les complications de l'obésité chez l'adulte sont d'une autre mesure (maladies cardiovasculaires accrues, diabète, certains cancers, lithiase biliaire, ostéoarthrose...).

Les facteurs augmentant le risque de persistance de l'obésité à l'âge adulte sont : l'âge élevé de l'enfant (2/3 des adolescents obèses seront des adultes obèses), la sévérité de l'obésité pendant l'enfance et la présence d'une obésité parentale (pour des enfants obèses de 1-2 ans, le risque de devenir obèse à l'âge adulte est de 10% si les 2 parents ont un poids normal, 45% si un des 2 parents est obèse, et 75% si les 2 parents sont obèses) (40).

#### **iv. Causes retenues dans la littérature médicale**

##### *1) « Biomédicales »*

###### *a- Chez l'enfant*

Plusieurs facteurs de risque d'obésité à l'âge de 7 ans chez l'enfant ont été identifiés par Reilly et al, 2005 (34) et cités par ordre chronologique :

- le poids de naissance
- le poids à 8 mois par rapport à la courbe standard,
- la prise de poids durant la première année de vie,
- une prise de poids rapide entre la naissance et l'âge de 2 ans,
- le rebond de l'adiposité précoce : comme nous l'avons vu précédemment, l'IMC lié à l'âge et au sexe varie pendant l'enfance. Le rebond de l'adiposité chez l'enfant a lieu vers 60 mois (5 ans). Si celui-ci est précoce, il représente un facteur de risque important d'obésité,
- courte durée de sommeil la nuit à l'âge de 3 ans (< 10,5 heures),
- plus de 8 heures par semaine de TV à l'âge de 3 ans.

Une autre enquête réalisée dans le cadre du PNNS en France (44), auprès d'enfants de 4-5 ans retrouve comme facteur protecteur, l'allaitement maternel (le surpoids et l'obésité sont significativement moins fréquents chez les enfants allaités au sein) et comme facteur de risque significatif, une surcharge pondérale à 9 mois et 2 ans. Cet élément semble prédisposer au surpoids à l'âge de 4 ans (36% des enfants en surpoids à l'âge de 9 mois sont en surcharge à 4 ans, 50% des enfants en surpoids à 2 ans sont en surcharge à 4 ans).

Le rapport du groupe de travail de l'IOTF a mis en évidence, au niveau européen, des différences Nord-Sud de la prévalence de l'obésité chez les enfants de 7 à 17 ans (43). Ces différences peuvent être expliquées par la taille des enfants qui semble être plus petite dans les pays du sud de l'Europe mais cette petite taille est elle-même déterminée par des facteurs environnementaux. Le facteur génétique de prédisposition par rapport à la prise excessive de poids dans le sud de l'Europe peut également expliquer cette différence.

###### *b- Chez les parents*

Le facteur de risque le plus relevé chez les parents et d'ordre « biomédical » est celui concernant l'obésité de l'un de deux parents (10, 34). D'ailleurs, la situation d'obésité chez les deux parents augmente nettement les risques pour l'enfant d'être obèse (45% si un seul parent est obèse, et 75% si les deux parents sont obèses) (40).

##### *2) Environnementales*

###### *a- L'alimentation*

Plusieurs facteurs protecteurs ont été identifiés lors d'une étude réalisée dans le cadre du PNNS en France auprès d'enfants de 4-5 ans (44).

-La prise de petit-déjeuner : le petit-déjeuner est identifié comme un facilitateur de consommation de fruits, de repas plus équilibré et surtout d'une diminution des grignotages dans la journée

-Les habitudes alimentaires et de vie

- habitudes alimentaires : consommation de fruits et légumes crus ou cuits, de boissons non sucrées au repas, d'aliments entre les repas
- les repas non pris devant la télévision : le pourcentage d'obésité est significativement plus élevé chez les enfants mangeant tous les jours ou souvent devant la télévision par rapport à ceux qui mangent rarement ou jamais devant la télévision (19% contre 13%)
- la préoccupation des parents par rapport au poids de leur enfant

#### *b- environnement familial*

Des facteurs liés à l'environnement sont cités : traditions ethniques et culturelles, l'appartenance à un milieu socio-économique défavorisé dans les pays industrialisés. Certains auteurs (1, 5, 6, 22, 41) ont identifié le faible revenu des familles comme un facteur prédisposant au surpoids des enfants (associé à un surpoids des parents qui est lui-même un facteur de risque), des parents âgés, un enfant unique, un habitat rural, une immobilisation prolongée et sédentarité (notamment apportée par la télévision et l'ordinateur,...) etc.

#### *c- Tendances sociales problématiques*

Le rapport du groupe de travail de IOTF a également identifié des exemples de tendance sociales problématiques : augmentation de l'utilisation de transports motorisés notamment pour aller à l'école, diminution des opportunités d'activités physiques ludiques, augmentation des activités ludiques sédentaires, multiplication du nombre de chaînes télévisées, plus grande quantité et diversité d'aliments riches en calories, promotion et marketing de ces aliments, opportunités plus faciles et plus répandues d'achat de nourriture, plus de repas aux restaurants et fast food, plus grandes portions meilleures marchés, augmentation des occasions de manger, utilisation de boissons sucrées à la place de l'eau pendant les repas de plus en plus fréquente...(27).

#### *d- Géographiques*

Les facteurs environnementaux peuvent être le climat plus chaud qui réduit la thermogénèse (et donc diminue les besoins d'énergie pour garder la chaleur du corps) et qui favorise les activités sédentaires. Cette explication a été avancée pour expliquer la différence de prévalence de l'obésité en Europe entre le nord et le sud chez les enfants de 7 à 17 ans (43). Cependant, ces explications ne peuvent être retenues pour la Grande-Bretagne où la prévalence du surpoids est une des plus importantes d'Europe. D'autres facteurs interviennent comme la montée du niveau de revenu des ménages, l'urbanisation des populations et les changements de comportements dans l'alimentation et l'activité physique.

#### *e- Médias*

Ces derniers facteurs d'ordre comportementaux (15, 19) sont souvent soutenus par les médias : publicités pour aliments riches en énergie (sucre, graisse), « glorification » des jeux vidéos, ...

Schwartz et Puhl, en 2003 (37), soulignent qu'un enfant en âge préscolaire, aux USA, voit 10000 publicités sur l'alimentation par an dont 95% portent sur les fast food, les boissons sucrées et les céréales sucrées...



**En conclusion,**

**de nombreux facteurs de risque sont énumérés dans la littérature et identifiés dans le surpoids et l'obésité des enfants. Ils relèvent de l'équilibre entre l'apport et la dépense énergétique et peuvent être catégorisés en deux groupes :**

- **l'alimentation : le poids de l'enfant durant les premières années de vie, avant 5-6 ans, semble être un indicateur important pour le risque de surpoids et d'obésité pendant l'enfance et l'âge adulte,**
- **l'activité physique : la prédominance des activités sédentaires semble contribuer également à cette épidémie.**

## **b. Objectifs du dossier technique**

Dans le contexte d'épidémie du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent au niveau mondial et européen, et devant l'initiation du Programme National Nutrition Santé en Belgique, ce dossier technique veut mettre en évidence la place et le rôle des parents dans l'apprentissage et le choix de comportements alimentaires sains chez l'enfant et l'adolescent, l'importance de leurs représentations et perceptions dans le processus de changement et d'adoption de comportements. Au vu des différents résultats de cette recherche, nous citerons différentes stratégies éducatives prenant en compte ces facteurs psychosociaux selon le public visé.

## **2°. Méthodologie**

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produites par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciencedirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). Différents sites internet ont également été consultés : Inpes, Oms, Oms Europe.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport aux questions de recherche ont conditionné le choix des articles sélectionnés.

50 documents ont été retenus selon plusieurs critères : date de publication, pertinence en lien avec le sujet, disponibilité....

Lors de cette revue de littérature, les articles sélectionnés proviennent :

des USA (22), d'Australie (3), du Canada (1), d'Israël (2). Peu d'articles proviennent d'Europe : Angleterre (5), Pays bas (1) et Belgique(1)

Les mots clés retenus sont : PERCEPTIONS, PARENTS, OBESITY, OVERWEIGHT, CHILDREN , ADOLESCENTS, BEHAVIORS, NUTRITION....

Les questions de recherche qui ont orienté le travail sont les suivantes :

- Quels place et rôle ont les parents dans l'apprentissage des comportements alimentaires de leur enfant ?

- Quelles sont les perceptions parentales de l'alimentation, du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ?
- Quelles sont les influences des « intervenants » sur ces représentations et les comportements de santé des enfants : professionnels de santé, enseignants, population générale ?
- Quelles stratégies éducatives mettre en place pour répondre à ces facteurs psychosociaux liés aux parents ? Dans quelles circonstances ? Avec qui ?

### **3°. Le choix alimentaire des enfants et adolescents : la place et rôle des parents**

#### **a. Le choix alimentaire**

Le choix et la consommation alimentaires sont des comportements de santé clés dans la prévention de l'obésité.

En 2004, l'OMS a publié un rapport intitulé « alimentation et santé en Europe : une nouvelle base pour agir ». Il met en évidence, entre autres, les différentes influences possibles sur le choix alimentaire de la population.

Différents niveaux d'influence existent :

La politique publique influence la disponibilité et l'accessibilité alimentaires, les connaissances sur l'alimentation ainsi que le choix personnel par l'intermédiaire de l'éducation et les interventions médiatiques.

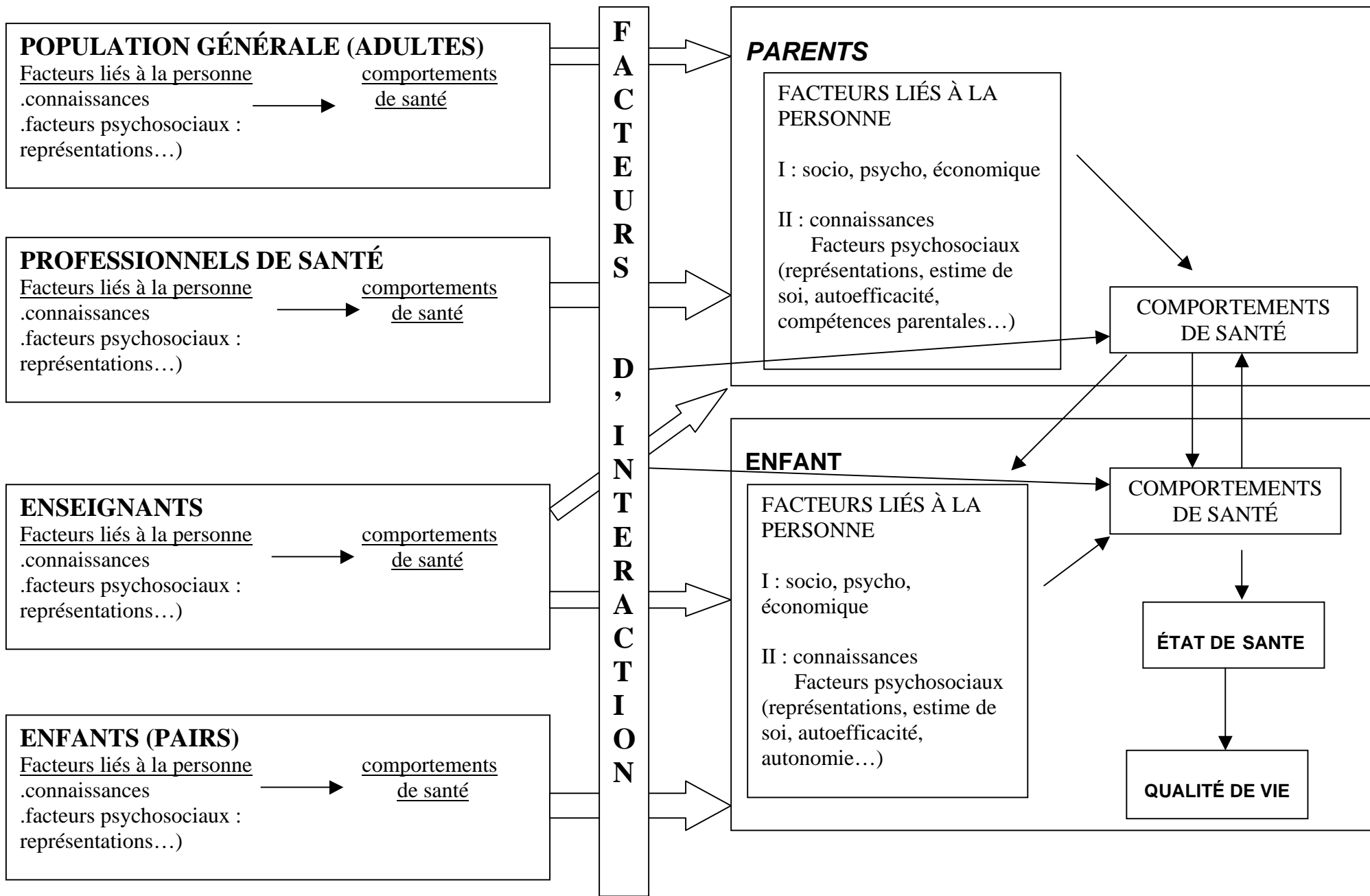
Le choix personnel alimentaire est basé sur les croyances culturelles de la personne, de sa structure familiale et de ses besoins et influence lui-même les pratiques familiales, les besoins et goûts de chacun.

Comportements de santé chez l'enfant et l'adolescent :

Dans le cas de l'enfant et de l'adolescent, la « personne » est représentée par une dynamique complexe parents-enfant. L'enfant s'approprie, adopte et modifie ses comportements de santé tout au long de sa vie mais sous l'influence de nombreux facteurs :

- Facteurs personnels de l'enfant : ses caractéristiques sociales, psychologiques et socioculturelles, mais aussi ses connaissances et ses attitudes et croyances
- Facteurs personnels des parents,
- Facteurs environnementaux : disponibilité et accessibilité,
- Facteurs liés aux intervenants (professionnels de santé, enseignants, pairs, population générale...),
- Facteurs d'interaction : entre l'enfant et les parents, entre les parents et les intervenants, entre les enfants et autres intervenants.

Ce modèle d'explication est adapté du modèle intégratif décrit par le Pr Deccache en 1994. Dans ce contexte, il se centre sur deux personnes au lieu d'une seule : l'enfant et ses parents. De plus, les facteurs d'interaction entre ces deux « entités » évoluent en fonction de l'âge et donc du stade de développement de l'enfant.



**MODÈLE EXPLICATIF ADAPTÉ DU MODÈLE INTÉGRATIF DE A.DECCACHE (1994)**

## **b. Place et rôle des parents dans les comportements alimentaires des enfants et adolescents**

Dans le contexte du surpoids et de l'obésité de l'enfant et l'adolescent, la cellule familiale est un des noyaux clés essentiels à explorer pour essayer de mieux comprendre les choix et comportements alimentaires des enfants et adolescents.

Au cours de son enfance, l'enfant doit intégrer de multiples apprentissages et construire sa propre identité. Les parents sont alors les premiers responsables de leurs enfants et de leur éducation.

En effet, les apprentissages se réalisent en observant les adultes, par imitation des pairs et par respect des normes. Le rôle des parents (père et mère) est donc important. C'est en famille que s'apprennent et/ou se gèrent « les habitudes de vie » (45). Les comportements parentaux alimentaires en famille, leurs croyances et attitudes face à l'alimentation, au surpoids et à l'obésité sont des facteurs influençant les comportements alimentaires des enfants.

Nous allons, dans un premier temps, faire une synthèse du rôle et de la place des parents dans l'apprentissage des comportements alimentaires des enfants et adolescents, retenus dans la littérature.

Deux domaines se distinguent : l'environnement alimentaire familial et la communication et relations parent-enfant.

### **i. L'environnement alimentaire familial**

#### **- La disponibilité et l'accessibilité des aliments en famille :**

Selon Schwartz et Puhl (37), la variété alimentaire est importante très tôt dans l'enfance. Les parents sont responsables dès la naissance de l'enfant, de son alimentation. Ils font tout d'abord le choix de l'allaitement maternel ou artificiel. Lors de la diversification de l'alimentation, vers l'âge de 6 mois, ils présentent différents aliments au nourrisson. D'après la littérature, les préférences alimentaires de l'enfant se forment au moment clé de la diversification.

Le nourrisson est naturellement prédisposé à aimer le goût sucré, et va développer rapidement un goût pour le salé. Les goûts amer et acide sont d'ores et déjà considérés comme « toxiques ». Les préférences alimentaires vont progressivement s'acquérir par l'exposition répétée d'aliments. Pour chaque nouvel aliment, une dizaine d'expositions est nécessaire pour que le nourrisson accepte de le consommer.

Plus tard, dans l'enfance, les parents sont responsables du contrôle des aliments consommés par les enfants et adolescents, de leur préparation lors des repas ainsi que ceux consommés lors des sorties. Le lieu de repas conditionne le type d'aliments choisis et la portion consommée : les repas à l'extérieur du domicile sont souvent plus riches en calories que les repas à domicile.

Enfin, les aliments disponibles à domicile (placards, frigidaire...) sont achetés par les parents. Leur disponibilité les rend désirables aux yeux des enfants et ils seront donc plus facilement consommés. La disponibilité a un effet plus important que les connaissances alimentaires sur la consommation des aliments.

- Les connaissances sur l'alimentation de l'enfant et l'adolescent : les préférences alimentaires

Pour privilégier certaines préférences alimentaires, les parents doivent connaître les principes d'acquisition des préférences par l'enfant dès son plus jeune âge.

-Les expositions répétées d'aliments sont des éléments importants de la création des préférences. Il ne faut donc pas pour les parents renoncer seulement après quelques essais.

-La signification donnée par les parents à certains aliments est importante dans la reconnaissance et la signification données par les enfants : les parents utilisant les sucreries ou aliments riches en calories comme récompense donnent une signification positive pour l'enfant, ce qui augmentera sa préférence pour ces aliments. Souvent, la publicité transmet des messages aux parents tels que « donner des aliments sucrés aux enfants les rendent plus doux » ou « les produits sucrés sont un moyen de leur montrer combien ils les aiment ». C'est ainsi un moyen facile et peu cher de faire plaisir à son enfant, mais par conséquent une contribution importante à l'épidémie de l'obésité infantile car cette signification incite les parents à acheter et donner des aliments sucrés aux enfants et accroît le désir des enfants d'en manger. (37)

-Les représentations des aliments chez l'enfant : en Australie, une étude (20) a été menée auprès de 119 enfants de 7-8 ans afin de connaître leurs représentations sur l'alimentation. Un aliment sain est reconnu par l'absence d'emballage ou par la possibilité de retrouver son origine « naturelle ». « les chips viennent des pommes de terre, et le chocolat, du lait de vache ! ». Les aliments non sains sont irrésistibles car ils ont bon goût, se consomment comme une drogue et sont attractifs par l'emballage et le marketing qui leur sont associés. Cependant, les enfants sont capables de différencier sur des images des aliments sains et non sains.

-La représentation de la santé et le lien avec l'alimentation : chez l'enfant, il n'existe pas de lien entre l'alimentation et les conséquences de santé. Cependant, avoir une bonne santé est davantage lié à l'alimentation qu'à l'activité physique pour les enfants de 11-12 ans (2). Pour les adolescents, les représentations sont différentes : « manger équilibré permet d'améliorer sa santé, de se sentir bien, de diminuer le cholestérol et de contrôler son poids et son apparence » (17).

-Le choix de l'alimentation par l'enfant et l'adolescent : il semble qu'un enfant préférera un aliment qu'il aura lui-même choisi (37). Ce choix peut être influencé par l'environnement. Les adolescents reconnaissent ne pas consommer les mêmes aliments à la maison qu'à l'extérieur (écoles, restaurants...) (39). Le lieu et l'entourage sont des facteurs influençant les choix alimentaires. Enfin, le choix alimentaire chez l'enfant et l'adolescent a un rôle social : c'est un moyen symbolique de différencier le monde des enfants de celui des adultes. Les adultes ont une alimentation saine, les enfants aiment les aliments sucrés et les adolescents, les fast food.

- Les repas familiaux

Les repas en famille ont un rôle de socialisation et de promotion de l'alimentation saine en famille. Plusieurs études ont mis en évidence des liens entre le temps passé à table en famille, l'atmosphère et la fréquence des repas familiaux avec les comportements de désordres

alimentaires chez les adolescents (inversement lié), la consommation de fruits et légumes et d'aliments riches en minéraux et calcium (lien positif) (31,32).

Ces repas sont l'occasion pour les enfants et adolescents d'adopter des comportements alimentaires en famille et de suivre un modèle parental.

- Le modèle parental

Le comportement alimentaire du jeune adulte fait appel en permanence à sa mémoire d'enfant (15).

L'enfant recherche en permanence des modèles types auprès des adultes qui l'entourent afin de construire sa propre identité. Ces adultes sont ses parents, ses enseignants, les amis... (25). Initialement, les enfants en âge préscolaire semblent avoir un comportement d'autorégulation alimentaire spontané en dehors de tout contrôle parental. Plusieurs études ont démontré cette compétence d'autorégulation chez l'enfant dans le cadre de vie et d'alimentation saine (37). Cependant, rien n'a été publié jusqu'à présent sur la persistance de ces compétences dans un environnement alimentaire riche en calories.

Tout au long de ses apprentissages liés à l'alimentation, l'enfant va copier l'adulte, notamment sa mère (heure, type et place des repas). Souvent, un enfant acceptera un aliment seulement s'il est testé par sa mère auparavant (15,37). Les parents ont donc un rôle de modèle dans les comportements alimentaires. Les habitudes alimentaires familiales sont mises en place par les adultes qui sont imités par les enfants.

Les portions alimentaires (43), la fréquence et le type des repas en famille, et les efforts de limitation de la consommation d'aliments riches en calories et de boissons sucrées, tôt dans l'enfance, contribuent au développement d'habitudes alimentaires saines répétitives (31) qui se poursuivront à l'âge adulte.

Il existe des liens entre les habitudes alimentaires des parents et celles des enfants et adolescents.

Les deux parents sont impliqués de façon différente et à des temps différents dans l'adoption de comportements alimentaires. Chez le jeune enfant, l'adulte modèle est souvent la mère qui le nourrit et qui va tester les aliments avant lui et lui montrer l'exemple (15, 37). Les mères dans le fonctionnement familial, sont responsables de l'établissement des menus, la préparation des repas et le choix des aliments. Cependant, les comportements alimentaires des adolescents semblent dépendre de la position du père. Selon l'OMS (43), l'impact de l'introduction d'une alimentation plus saine est d'autant plus important si elle est à l'initiative du père. La mère a tendance à suivre les propositions venant du père. Mais souvent, si la proposition vient de la mère et si le père n'accepte pas cette décision, l'adolescent adoptera le comportement alimentaire proposé par le père.

Il est démontré également que les pratiques alimentaires des parents doivent être les mêmes que celles demandées aux enfants. En effet, une étude (15) montre que les parents ayant de mauvais comportements alimentaires et qui imposent aux enfants de se comporter différemment provoquent un effet inverse de l'effet escompté : les enfants prennent du poids. Cet exemple se vérifie encore plus si les parents sont eux-mêmes en surpoids ou conscients du surpoids de leur enfant. Les enfants ne peuvent pas adopter un comportement différent de celui de leurs parents qui sont un modèle adulte pour eux.

Le comportement alimentaire des parents influence les apprentissages de l'enfant, ses moyens de réponses à un environnement extérieur et les attentes de l'enfant de lui-même (20).

À un autre niveau, les responsabilités dans les comportements alimentaires sont différentes pour les parents et les enfants.

Les parents doivent fournir un environnement familial sain, c'est-à-dire une disponibilité d'aliments sains ainsi que des habitudes alimentaires familiales saines, pratiquées par toute la famille. Les enfants, quant à eux, doivent apprendre à décider progressivement quand et comment manger dans cet environnement sain familial et développer l'autocontrôle nécessaire dans d'autres environnements (école, amis...).

## **ii. La communication intra-familiale et les relations parents-enfant**

Golan et al (15) ont beaucoup travaillé sur le rôle des parents dans l'apprentissage des comportements alimentaires des enfants et considèrent qu'ils sont les acteurs clés dans les stratégies éducatives de prévention ou de traitement de l'obésité.

En plus d'un environnement alimentaire sain, les parents ont également la responsabilité de communiquer avec l'enfant et d'être un support pour l'apprentissage de comportements de santé. Leurs réactions en fonction des besoins, des demandes de l'enfant vont avoir une influence sur l'intégration de l'enfant dans l'univers familial, sa maturité dans les choix, ses efforts de discipline.

Le style parental est alors défini selon l'équipe de Golan, en 2004 (15), à partir des travaux de Baumrind, selon 3 éléments importants de « parentalité » : la sensibilité, l'exigence et le contrôle parental.

-La sensibilité est définie comme la voie par laquelle les parents encouragent l'individualité, l'autorégulation, l'autoévaluation de l'enfant, tout en étant à l'écoute, en soutenant et tout en étant en accord avec les besoins et demandes spécifiques de l'enfant.

-L'exigence correspond aux demandes des parents permettant l'intégration de l'enfant dans une famille saine, par souhait de maturité, de supervision, d'efforts de discipline et de volonté de se confronter à l'enfant qui désobéit.

-Le contrôle psychologique se définit comme l'imposition dans le développement psychologique et émotionnel de l'enfant par l'utilisation de pratiques parentales comme « le sentiment de culpabilité, sans amour ni honte ».

3 prototypes de parentalité ont été décrits en 1971 par Baumrind (15) selon les trois éléments définis ci-dessus : permissif, autoritaire et qui fait autorité.

- Les parents permissifs sont plus sensibles qu'exigeants. Ils permettent aux enfants de prendre leurs propres décisions et d'organiser leurs propres activités. Les parents ont davantage des relations d'amis avec leurs enfants et punissent peu si les choses vont mal. Ce prototype parental permet peu le développement des compétences d'autorégulation ou d'autocontrôle chez les enfants.

- Les parents autoritaires ont tendance à être trop directifs avec leurs enfants et évaluent leur autorité selon le degré d'obéissance de leurs enfants.

- Les parents « qui font autorité » donnent une direction claire et fixe pour leur enfant mais cette discipline est modérée par le raisonnement, la cordialité, la flexibilité et la communication. Ils sont autoritaires mais sans intrusion, ni restriction.

Un quatrième prototype a été proposé par Maccoby et Martin, (cités par Golan et al, (15)) qui décrit l'abandon parental : peu de sensibilité, d'exigence, de communication et de contrôle.

De ces 4 prototypes parentaux, seul le modèle « qui fait autorité », mélangeant sensibilité et exigence, semble adapter les consignes générales tout en respectant l'individualité de chaque enfant. Ce modèle apparaît essentiel dans l'encouragement de l'ajustement social, le développement classique et le processus d'autocontrôle de l'enfant.

Quelques études se sont intéressées aux relations entre le style parental et les comportements alimentaires des enfants.

Le modèle parental « autoritaire » est souvent appliqué chez les jeunes enfants et les filles (36). De plus, nous avons vu précédemment que le fait d'imposer un comportement alimentaire à un enfant en décalage avec celui des parents avait un effet inverse de celui escompté (15). La restriction entraîne la suralimentation et la prise de poids et a également des répercussions sur les sentiments de compétences (estime de soi et autorégulation) (16) des enfants, notamment chez les petites filles. Une étude réalisée aux USA (9) a mis en évidence que la restriction alimentaire des petites filles âgées de 5 ans par leurs parents se répercutait sur l'estime de soi si la restriction venait du père, et sur les habilités cognitives et physiques si elle venait de la mère. L'enfant a besoin de savoir que ses parents sont sensibilisés au thème de l'alimentation et que leurs comportements vont dans le même sens que ceux qui lui sont demandés (16). Les enfants ont besoin de modèle pour prendre petit à petit leurs responsabilités.

Chez les adolescents, le modèle parental « qui fait autorité » a un lien positif avec leur consommation de fruits et légumes et un développement psychosocial positif des adolescents : estime de soi, soutien social, ... (15, 31)

L'absence de communication entre les parents et les enfants peut entraîner des désordres alimentaires chez l'enfant (15,30) et une prise de poids chez les jeunes filles (26).

L'implication des enfants (17,22,35) dans la prise en charge alimentaire familiale (achats, préparation, services des plats à table) a un effet positif dans l'adoption de comportements alimentaires sains car l'enfant trouve sa place dans la famille et s'intègre dans le modèle familial.

Enfin, le soutien parental est un facteur influençant le comportement des enfants. Un enfant charrié par ses parents sur son comportement aura une attitude négative face à ce changement de comportement car il ne se sentira pas valorisé par ses modèles proches. Le soutien social des adultes entourant l'enfant (25) est important dans l'adoption de ses comportements de santé.



### **Conclusion :**

Les parents représentent effectivement un élément clé influençant les comportements de santé et notamment alimentaires de leurs enfants. Ils fournissent un environnement alimentaire sain pour leur enfant (physique et modèle de comportement alimentaire) et lui apprennent à adopter des comportements de santé propres à son identité mais selon une direction fixe et claire. ( style parental « faisant autorité », communication et soutien)

Le rôle des parents est différent selon l'âge de l'enfant

- **en âge préscolaire** : les principaux modèles adultes de l'enfant sont ses parents et la cellule familiale élargie (garderies, crèches, cantine...). Ses préférences alimentaires vont se forger principalement à partir des aliments disponibles à domicile et des comportements alimentaires de ses parents. Les parents sont alors également responsables des comportements alimentaires de leur enfant jusqu'à l'âge de 6 ans
- **en âge scolaire (de 7 à 11 ans)** : les enfants sont alors confrontés à un autre environnement alimentaire : celui de l'école avec d'autres adultes (enseignants) et d'autres enfants (ses pairs). Ils sont plus concernés par leur apparence physique et leurs performances, ont plus de liberté de choix et commencent à prendre des décisions indépendantes, notamment alimentaires. Les pairs deviennent très importants car il faut « être dans le moule » et être accepté par les autres. D'autres facteurs d'influence sont alors présents dans les choix de comportements alimentaires. Les enfants évoluent dans deux mondes qui peuvent être différents : la famille et l'école. Les comportements alimentaires vont alors s'adapter à ces nouveaux environnements.
- **à l'adolescence** : les adolescents vont devoir expérimenter et se forger leurs propres représentations afin d'adopter leurs propres comportements ; les parents sont alors un soutien pour cet apprentissage : par la communication, les habitudes alimentaires familiales répétitives lors des repas, et l'accompagnement vers l'autonomie.

## **4° Perceptions parentales de l'alimentation, du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent**

### **a. Importance des attitudes et croyances dans les comportements de santé**

Afin de prendre sa place et d'assurer son rôle de parent, tel précédemment décrit, dans la prévention ou le traitement de l'obésité, plusieurs facteurs influencent également leurs comportements :

- les facteurs dits primaires qui correspondent aux critères socio-économiques, culturels, psychologiques
- les facteurs dits secondaires regroupant les connaissances des parents sur la santé, la maladie (surpoids et obésité), les éventuels traitements ou conduites à tenir, ainsi que les facteurs psychosociaux : leurs attitudes et croyances sur l'alimentation, le surpoids et l'obésité en général et concernant leurs enfants.

Les comportements de santé des parents dépendent de ces différents facteurs propres à leur personne mais aussi des facteurs d'interaction avec différents intervenants qui gravitent autour de l'enfant et de la famille (professionnels de santé, enseignants, population générale).

Lors du dernier rapport de l'OMS en 2004, les croyances et convictions personnelles, goûts et dégoûts ont été identifiés comme facteurs d'influence sur le choix et les comportements alimentaires dans la population générale. Dans le cadre du PNNS français, plusieurs études quantitatives et qualitatives ont porté sur la compréhension des comportements alimentaires. Les observations des comportements en matière d'alimentation ont mis en évidence un décalage entre les perceptions et les connaissances, les représentations et les pratiques effectives (46).

Le domaine des représentations, croyances et attitudes est essentiel à explorer afin de mieux comprendre les comportements de santé adoptés par les parents pour eux-mêmes et leurs enfants. En effet, il a été démontré que les parents étaient impliqués et motivés dans la prévention de l'obésité de l'enfant seulement s'ils savaient quoi faire (connaissances) et s'ils étaient conscients du surpoids de leur enfant et des risques futurs (perceptions). (1,13,29)

La question des représentations des parents sur l'alimentation, le surpoids et l'obésité nous semble pertinente à analyser afin de mieux percevoir si les parents sont conscients des risques et de la situation pondérale de leur enfant. Avant de se focaliser sur leurs comportements, nous essaierons de comprendre ce qu'ils pensent, ce qu'ils font en réponse à ces perceptions.

## **b. Attitudes et croyances parentales**

### **i. Alimentation**

Les représentations de l'alimentation chez les parents nous mènent à mieux comprendre les comportements qui en découlent.

-Les aliments sucrés sont perçus comme une façon de faire plaisir aux enfants et sont souvent utilisés comme récompense : « tu n'auras du dessert que si tu termines tes légumes ! » (37). Selon les parents, ils ont la particularité de « rendre les enfants plus doux », plus dociles. Cependant, nous avons vu précédemment que les aliments donnés en récompense deviennent symboliques pour les enfants et attisent leur envie d'en manger « Ils sont irrésistibles »(20) . Leurs préférences alimentaires et donc leurs comportements alimentaires en découlent.

-L'alimentation quotidienne d'un enfant fait le jeu d'une gymnastique intellectuelle afin de la considérer comme saine. Les parents considèrent que la qualité des repas d'une même journée se compensent et donc que les enfants peuvent avoir un repas non équilibré par jour sans conséquence particulière (20,22). Il y a également compensation lors d'un même repas entre les aliments riches en calories et les autres. Un enfant peut donc avoir l'autorisation quotidienne de consommer des aliments non sains, c'est acceptable selon les parents interrogés (20). Ce concept est retrouvé chez les enfants qui, eux, pensent que la consommation d'un aliment riche en calories est compensée par une activité physique faible, comme une promenade de quelques minutes ou d'un jeu sur ordinateur car c'est une « activité cérébrale »(20).

Le souci de portion ou de quantité n'existe pas s'il s'agit d'alimentation équilibrée (22).

-Les parents expriment également des difficultés face à la gestion de l'alimentation quotidienne des enfants à l'extérieur du domicile. Plusieurs facteurs extérieurs à la cellule familiale influencent les choix et comportements alimentaires de leur enfant. Les messages contradictoires issus de la population générale, des enseignants, des professionnels de santé déstabilisent les parents dans leur choix alimentaire et aboutissent à un chaos sans ligne

directrice unique et claire à transmettre aux enfants (20). Les médias contribuent par le biais de la publicité, à la mise en place des préférences alimentaires chez les enfants en suscitant l'envie et la fascination pour les produits riches en calories (37). A l'âge de 2 ans, aux USA, un enfant visionne environ 10 000 publicités alimentaires par an dont 95% pour des repas fast food, soda, céréales sucrées, gâteaux, sucreries..., publicités utilisant généralement des enfants ou héros forts et souriants. Les enfants deviennent donc « consommateurs par influence » publicitaire.

Enfin, en âge scolaire, les messages médiatiques insistent sur le rôle non nutritif de l'alimentation et accentuent la confusion en associant les sucreries avec les sorties et vacances. L'environnement scolaire est un autre lieu de confusion : la disponibilité d'aliments riches en calories à la cantine ou dans les distributeurs de nourriture entrent en compétition avec les messages transmis dans les programmes scolaires de quelques jours par an et ceux transmis par la famille. La pression des pairs joue un rôle également important chez les enfants en âge scolaire car ils se trouvent face à d'autres enfants qui ont des comportements alimentaires différents de ceux mis en place en famille, et enviables car consommant certaines préférences alimentaires (20).

## **ii. Surpoids et obésité chez les enfants**

Le champ des attitudes et croyances des parents sur le surpoids et l'obésité fait appel à deux thèmes différents : la perception du risque d'être en surpoids et des conséquences de celui-ci, et la représentation du statut pondéral en lui-même.

### - Perceptions du risque et des conséquences du surpoids chez l'enfant et l'adolescent

Un enfant est perçu à risque d'être en surpoids par ses parents selon différents facteurs :

-La situation pondérale de la mère influence la perception du risque de surpoids chez l'enfant : une mère ayant un faible IMC (Indice de Masse Corporelle) considère plus souvent son enfant à risque qu'une mère ayant un IMC élevé (29).

-Le niveau d'éducation des parents est également lié à cette perception du risque : plus le niveau d'éducation est élevé, plus le risque est perçu (9).

-Le sexe de l'enfant a une influence sur la perception du risque de surpoids : les filles sont plus souvent perçues comme en surpoids ou à risque par leurs parents que les garçons. (« trois fois plus » (29))

Les parents expriment une plus grande inquiétude à propos du futur et de l'avenir de leur enfant en surpoids que sur la situation actuelle (1). Cette préoccupation concernant l'avenir est plus forte chez les parents ayant un enfant en surpoids (2/3 des parents sont préoccupés) ou obèse (3/4 des parents) que chez des parents d'un enfant dont le poids est correct pour son âge (40,1%) (1). La préoccupation est plus importante pour l'obésité des filles que des garçons (3). Certaines mères s'inquiètent du poids de leur enfant si on envisage avec elles des conséquences sociales ou émotionnelles liées à l'obésité de leur enfant. Cette inquiétude disparaît si l'enfant a bon appétit et mange des aliments sains (fruits, légumes...) (22).

### - Représentations du statut pondéral

Chez les parents, l'obésité chez les enfants est considérée aussi préoccupante qu'un coup de soleil ou une surconsommation de télévision (13). Au cours de l'étude de Etelson et al, en 2003 (13), il était demandé aux parents de classer plusieurs situations touchant leur enfant par ordre d'importance : l'obésité était moins importante que le tabagisme passif à domicile mais

plus que le fait de ne pas s'exprimer à voix haute à l'école, d'être en contact avec un enfant séropositif VIH à l'école ou bien de ne pas être propre à l'âge indiqué.

Les parents perçoivent plus facilement leur propre surpoids quel que soit leur niveau d'éducation (1). Dans l'étude menée par Baughcum et al, en 2000, aux USA (1), plus de 90% (229/250) des mères d'enfants en âge préscolaire reconnaissent leur propre obésité. Le niveau d'éducation n'influence pas leur propre perception de leur statut pondéral car plus de 90% (73/79) des mères obèses non instruites de l'étude se considèrent elles-mêmes obèses. De même, les parents n'éprouvent pas de difficultés à distinguer le surpoids et l'obésité chez d'autres enfants (5).

Cependant, concernant leur propre enfant, les perceptions sont autres :

- Chez les enfants de milieu défavorisé, les mères refusent l'utilisation de l'IMC ou des courbes de poids selon l'âge pour définir le surpoids ou l'obésité de leur enfant (22). Certaines considèrent que cette échelle existe pour « voir si les parents nourrissent correctement leur enfant ou famille »(5). La croissance de l'enfant est vue comme une compétence parentale.
- Ces normes sont considérées comme inadaptées pour leur enfant. Les enfants de 26 à 56 mois sont considérés en surpoids seulement si les vêtements doivent être changés trop fréquemment, ou si l'enfant est inactif ou moqué par ses camarades. Le surpoids est alors considéré comme un problème de santé par la mère. De même, dans une autre étude (2) menée auprès d'enfants en âge scolaire, les parents considèrent que le surpoids est un problème médical uniquement s'il empêche l'enfant de participer aux activités sociales et physiques avec ses pairs. L'enfant a un problème de poids s'il est inactif, cesse de jouer ou s'il est reconnu comme gros par une femme de même culture qu'elle (22).
- Les enfants en surpoids sont qualifiés de « fort, solide » par leur mère, souvent en référence culturelle (exemple : une femme africaine préfère avoir un gros bébé).
- Pour d'autres, un « gros bébé » est signe de bonne santé et de compétence parentale (29)
- Plus l'enfant est jeune, plus le surpoids et l'obésité sont banalisés par les mères car l'enfant va forcément grandir et donc le surpoids disparaîtra quand il sera plus grand, vieux et actif (22).
- L'origine du surpoids est importante dans les perceptions parentales : l'obésité chez les mères est héréditaire ou liée au métabolisme de chacun. Le poids et la taille sont programmés naturellement. Il n'y a aucune possibilité de changer ce statut et donc aucune raison de s'inquiéter (22).

Les mères perçoivent peu le surpoids et/ou de l'obésité de leur enfant, contrairement à leur statut pondéral et celui des autres enfants.

-1 mère sur 5 perçoit le surpoids de son enfant de 26 à 60 mois (1)

-32,1% des mères d'enfants de 2 à 11 ans ne perçoivent pas le surpoids de leur enfant (29)

-11% des mères ayant un enfant en surpoids de moins de 3 ans considèrent leur enfant en surpoids (22)

-1,9% des parents d'enfants de 3 à 5 ans en surpoids et 17,1% des parents d'enfants obèses considèrent leur enfant en surpoids (5). Aucun parent ne décrit son enfant comme très en surpoids.

-80% des mères d'enfants en âge préscolaire ne reconnaissent pas le surpoids de leur enfant (1)

-seuls 48% des parents ont une perception juste du poids de leur enfant (toute situation confondue) (13). Ils ont tendance à sous-estimer le poids de leur enfant (surtout si celui-ci est en surpoids)

Cette représentation du surpoids et/obésité chez l'enfant est d'autant moins bonne que les mères ont peu d'éducation (1), que l'enfant est jeune (29, 35) et qu'il est de sexe masculin (3, 9,29)

Les critères de changement de comportements chez les parents, cités dans l'étude 35 sont : l'enfant est en surpoids, l'âge de l'enfant est supérieur à 8 ans, et le médecin reconnaît que le surpoids de l'enfant est un problème de santé.

### **Conclusion :**

**Les parents ont tendance en général à reconnaître leur propre surpoids et/ou obésité , le statut pondéral des autres enfants mais attribuer ce statut à son propre enfant leur est très difficile, surtout chez les mères de niveau d'éducation faible et de culture différente. Cette modification de la perception du surpoids de son enfant peut être expliquée par la modification de la norme, du fait de l'augmentation de la prévalence du surpoids chez l'enfant. Le surpoids de son enfant est également considéré comme un problème passager surtout si l'enfant est jeune et de sexe masculin. Cependant, les parents sont préoccupés davantage par le risque que leur enfant soit en surpoids ou obèse dans l'avenir. De plus, la perception du soignant semble être un facteur déterminant de changement de comportement des parents (35).**

### **c. Facteurs d'interaction extérieurs : attitudes et croyances des intervenants (population générale, professionnels de santé et intervenants scolaires)**

Les parents et les enfants évoluent dans un environnement complexe où collaborent plusieurs intervenants clés dans la prise en charge préventive et curative de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent : population générale adulte et enfants, professionnels de santé et enseignants. Les représentations du surpoids et de l'obésité (causes, importance, responsabilités) sont essentielles à connaître pour comprendre les facteurs d'interaction avec les parents et les enfants, qui en découlent.

#### **i. Population générale**

##### Les adultes

Chez les adultes, la perception de l'obésité évolue depuis plusieurs années. Une étude (14) a été réalisée aux USA, afin de mieux connaître le point de vue de la population générale sur la problématique du surpoids dans le pays. En 2003, l'obésité est un problème sérieux pour 41% de la population comme le tabac mais moins importante que la consommation de drogues. 82% des américains se sentent concernés par l'obésité chez les enfants et 89% estiment que c'est un sérieux problème. Cependant en 2001, les résultats mettaient en évidence que les américains ne se sentaient pas concernés par l'obésité car cela résultait de comportements individuels et non de l'environnement ou de la génétique. La différence peut être expliquée par l'impact des campagnes médiatiques, publicité et prévention.

Les causes retenues par la population générale sont : l'alimentation « fast food », la surconsommation télévisée supérieure à 2 heures par jour, « l'anarchie alimentaire », la surconsommation de produits alimentaires non sains et la technologie moderne n'encourageant pas l'activité physique et l'alimentation saine et l'impact médiatique de cette technologie. (14,19). La responsabilité parentale est soulevée également comme une de causes de l'obésité chez l'enfant (14,19,37). Pour 91% des américains, les parents sont responsables de la prise en charge pondérale de leur enfant, bien plus que le gouvernement (16%) ou autres intervenants (37).

Enfin les personnes obèses sont considérées comme plus émotionnelles, moins ordonnées, moins susceptibles de réussir ou ayant plus de problèmes familiaux (3). Dans une autre étude (37), les caractéristiques attribuées sont un caractère pauvre, des incompétences, des manques d'autodiscipline et des maladies émotionnelles.

Les adultes obèses, quant à eux, ne considèrent pas l'obésité comme une maladie (3).

### Les pairs

Les représentations des pairs chez les enfants sont essentielles à connaître car il est connu que l'influence des pairs est importante dès leur scolarisation.

La représentation des *enfants en surpoids* par leurs pairs a été étudiée par différentes équipes (3,37) et selon l'âge des pairs. À 3-5 ans, les enfants en surpoids sont considérés comme moins désirables, moins susceptibles d'être un copain de jeux. À 4-11 ans, ils sont vus comme paresseux, stupides, seuls et sujets à de nombreuses moqueries. Entre 7-12 ans, les enfants les considèrent comme stupides, méchants et menteurs.

Les répercussions sur les perceptions des enfants en surpoids sont multiples : leur perception du poids est différente. Les filles (2,9,24) sont souvent insatisfaites de l'image de leur corps en lien avec les images véhiculées par les médias et ont peur de continuer à prendre du poids. Les filles en surpoids ont une faible estime d'elles-mêmes et perçoivent les propres habilités cognitives comme faibles. Les garçons, quant à eux, font un lien entre leur surpoids et leurs faibles performances physiques (2). À l'adolescence, les filles ont tendance à sur estimer leur poids, les garçons à le sous-estimer (17,24,33). En général, les représentations des enfants en surpoids sur leur statut pondéral sont : une réussite scolaire compromise, une faible santé perçue, des comportements alimentaires non sains et un manque d'activité physique.

Les représentations des enfants avec un poids normal ou avec surcharge pondérale sont différentes : les enfants ayant un poids normal décrivent les enfants en surpoids selon des critères sociaux et les enfants en surcharge pondérale se définissent selon des critères comportementaux principalement.

Les représentations des enfants sur *l'alimentation en général* sont multiples.

Entre 7 et 12 ans, le concept de « bonne santé » est déjà lié à une alimentation saine et mais pas avec l'activité physique. Des comportements alimentaires non sains peuvent avoir lieu car « de faibles activités physiques permettent de compenser les apports alimentaires trop riches ». Les faibles activités physiques sont décrites comme le moindre mouvement du corps et les jeux sur ordinateur en font partie car provoquent une « activité cérébrale » ! (2,20). De même, les produits diététiques sont forcément sains car ils sont dérivés de produits naturels et c'est ce critère qui permet de caractériser les aliments sains et non sains pour les enfants de cette tranche d'âge (20). La notion de produits sucrés est un élément symbolique pour différencier le monde des enfants et celui des adultes (39).

Pour les adolescents, les critères sont différents. Ce sont les fast food qui ont le rôle symbolique pour différencier le monde des adolescents et celui des adultes (39). La manière de se nourrir est un moyen pour les adolescents de montrer leur développement social et personnel. La consommation de la nourriture fast food est liée avec le sentiment

d'indépendance des jeunes, compte tenu de l'hostilité des parents à l'égard de cette nourriture. De plus, sa signification est liée avec les activités sociales qui lui sont associées (activités agréables avec les pairs, en dehors de la famille, le soir, le week end, lors de courses, fêtes...).

La nourriture saine est liée au monde des adultes, à l'environnement familial et au domicile. C'est un moyen de préserver sa santé, de contrôler son poids et de façonner son corps (39). Les croyances liées à cette alimentation saine sont : une amélioration de la santé, se sentir bien, diminuer le cholestérol, contrôler son poids et améliorer son apparence (17). Ces données représentant des problèmes d'adultes pour les adolescents ne les concernent pas.

De plus, cette nourriture est peu attrayante, insipide, chère, difficilement accessible en dehors de la maison.

Les obstacles relevés par les adolescents à une alimentation saine sont : l'indisponibilité des aliments sains à domicile, et dans les cantines scolaires, la méconnaissance du contenu des aliments, le manque de contrôle des achats.

Quant à leurs *attitudes face à l'alimentation*, il existe une différence entre ce que les enfants et adolescents font et ce qu'ils pensent faire (9). Les enfants de 7 à 12 ans préfèrent avoir des comportements alimentaires non sains selon l'influence des pairs, les préférences alimentaires et la facilité du comportement (20). Par exemple, les enfants préfèrent sauter un repas plutôt que de faire de l'activité physique (2) car c'est plus facile, cela demande moins d'effort et ils pensent avoir plus d'impact sur le poids. De même, ils pensent qu'ils peuvent compenser une alimentation riche en calories par une petite activité physique, même sédentaire (télévision, ordinateur par activité cérébrale ou moindre mouvement corporel) (20). Enfin, ils expriment des difficultés à adopter des comportements sains si leurs parents ne sont pas sensibilisés et n'agissent pas dans le même sens (16).

Les adolescents, quant à eux, disent avoir de bonnes connaissances sur l'alimentation mais avoir des difficultés à suivre les recommandations. Ils contrôlent leur poids régulièrement (2/3 des filles et 1/4 des garçons (33)) et leurs choix alimentaires et d'activités physiques sont déterminés par le temps, le coût, la disponibilité et la commodité (25).

Les comportements alimentaires des enfants et adolescents dépendent donc de leurs représentations de l'alimentation, du surpoids et de ceux de leurs parents qui dépendent également de leurs propres représentations. L'influence de la population générale (adulte et enfants) est un des facteurs d'interaction influençant les comportements alimentaires des parents et enfants et devra être prise en compte dans les stratégies éducatives et préventives de prise en charge de l'obésité de l'enfant et l'adolescent.

## **ii. Professionnels de santé**

Les professionnels de santé interviennent auprès de l'enfant et de ses parents régulièrement pendant toute son enfance. Même s'ils ne sont en contact que ponctuellement, ils constituent une classe d'intervenants particulière car ils suivent l'enfant tout au long de la première partie de sa vie : l'enfance. Les parents sont alors en contact avec eux soit pour le suivi régulier, soit lors d'une situation particulière (par exemple, suivi d'un enfant en surpoids). Ces actions sont soit préventives, soit curatives.

Les représentations des professionnels de santé sont importantes car elles vont elles-mêmes influencer leurs comportements de soins envers les enfants et leurs parents.

Pour les professionnels de santé, le surpoids et l'obésité sont différents des autres maladies chroniques car elles sont visibles et impliquent la responsabilité de celui qui en est atteint (3). Cependant, les représentations des professionnels sont identiques à celles de la population générale car ils sont dans la même situation. Certains d'entre eux sont eux-mêmes en surpoids ou obèses. Leurs représentations influencent leurs propres comportements mais aussi ceux qu'ils conseillent à leurs patients (8). Leurs propres problèmes de poids, habitudes alimentaires et activités physiques inhibent leurs efforts de conseils auprès des parents en préventif ou curatif.

Deux études aux USA (6,41) se sont intéressées aux représentations des professionnels de santé sur les mères d'enfant en surpoids, leurs consultations de conseil, les barrières et les solutions possibles.

Les représentations des soignants sur les expériences de vie, les attitudes et comportements des mères soulignent la focalisation des mères à survivre au jour le jour, un stress quotidien. Elles utilisent l'alimentation comme moyen de répondre à ce stress en tant que parent. Elles ont également des difficultés à définir des limites alimentaires à leurs enfants et manquent de connaissances sur le développement et l'alimentation normale d'un enfant. Les soignants ne les sentent pas prêtes à soutenir des changements de comportements car elles ne sont pas conscientes du surpoids de leur enfant.

Au sujet des consultations de conseils, les soignants ont la sensation de souvent offenser les mères en parlant du poids de leur enfant. Les conseils donnés sont issus souvent de protocoles non compris par la famille et en opposition avec ceux donnés par la famille, les amis, ou médecins généralistes (6).

Lors d'une formation de soignants sur la prise en charge des enfants en surpoids et leur famille, leurs représentations sur les barrières et les solutions possibles ont été explorées (41). Les barrières perçues sont le modèle alimentaire des parents et l'absence de souhait de changer leurs habitudes alimentaires. Il existe selon les soignants un problème dû au faible niveau d'éducation et de revenu des familles. Les enfants ont trop de contrôle sur le choix de l'alimentation par rapport aux parents. Les solutions possibles pour améliorer la prise en charge des familles et des enfants sont d'adapter les messages des professionnels, d'évaluer et d'améliorer les compétences parentales et d'inclure l'activité physique comme solution au lieu de se focaliser sur l'alimentation. Parmi les professionnels de santé, ceux qui sont en situation de surpoids ont tendance à trouver davantage de solutions.

Il semble tout de même important au vu des perceptions assez négatives des soignants sur les parents d'enfants en surpoids qu'ils modifient leurs représentations afin d'être plus motivés à aider les familles.

Les représentations des professionnels de santé influencent également leurs comportements de soins et de conseils pour accompagner les familles dans le changement de comportements alimentaires et sportifs.

### **iii. Enseignants**

Les enseignants ont également un contact privilégié avec les enfants car ils les suivent une année durant, voire plus, et peuvent avoir une action à moyen terme sur les comportements alimentaires des enfants et leurs pairs.

Pour les professionnels scolaires, l'obésité est due à des facteurs comportementaux (50%) et génétiques (54%) (3). Les enfants en surpoids ont tendance à avoir une pauvre image de soi, à s'isoler socialement et émotionnellement par rapport à leurs pairs (2).

Lors de l'année scolaire, les enseignants ont tendance à voir les enfants lorsqu'ils sont déjà en surpoids (2). Les actions préventives arrivent trop tard.



Quant à leur rapport avec les familles de ces enfants, les enseignants accusent facilement les parents qu'ils culpabilisent en négligeant les facteurs environnementaux en dehors du domicile, stigmatisent socialement le surpoids et manquent de connaissances sur les causes réelles du surpoids chez l'enfant ainsi que les solutions à apporter en première et seconde intention (11).

### **Conclusion**

**Les représentations de chaque intervenant de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant sont essentielles à connaître et à travailler afin de changer les comportements de santé qui en découlent.**

**-Pour la population générale adulte, les deux causes principales d'obésité chez l'enfant sont la surconsommation d'aliments riches en sucre et graisses et la diminution d'activité physique. Les personnes obèses sont perçues négativement sur le plan physique et social et les seuls responsables sont les parents chez l'enfant.**

**-Les enfants ont également des représentations négatives sur les autres enfants en surpoids, même ceux qui sont eux-mêmes obèses. Les représentations de l'alimentation sont différentes selon l'âge et les produits sucrés et gras sont les aliments préférés. L'alimentation est un moyen de différencier le monde adulte et celui des enfants, et est considéré comme un domaine facile à modifier pour être en bonne santé, en comparaison avec l'activité physique. Les principales difficultés exprimées par les enfants pour appliquer les consignes d'alimentation équilibrée sont l'absence de soutien et de suivi par les parents pour les plus jeunes et le coût, la disponibilité, le temps et la commodité pour les adolescents.**

**-Les enseignants expriment des représentations négatives sur les enfants en surpoids, comme dans la population générale, et pensent arriver trop tard dans les stratégies de prévention. Pour eux, selon les auteurs, seuls les parents sont responsables du surpoids de leur enfant.**

**-Les professionnels de santé, quant à eux, perçoivent l'obésité différemment des autres maladies car il existe une notion de responsabilité de celui qui en est atteint. Les parents sont responsables du statut pondéral de leur enfant, mais n'en sont pas conscients. Ils perçoivent leur rôle comme important pour aider les familles à mieux prendre conscience du problème et prendre en charge leur enfant. Leur propre statut pondéral influence leurs représentations des personnes en surpoids ou obèses ainsi que leurs compétences d'accompagnement et d'aide.**

## **5° Stratégies éducatives préventives ou curatives**

### **a. En général**

En 2004, l'IOTF a publié sur son site Internet, des souhaits d'action pour enrayer l'épidémie d'obésité dans les populations jeunes :

- apporter des informations claires et cohérentes sur la consommation alimentaire, notamment les labels alimentaires

- encourager les firmes alimentaires à diffuser des produits de faible énergie, plus nutritifs à destination des enfants
- développer des critères de publicité pour encourager l'alimentation saine
- augmenter l'allaitement maternel et encourager une alimentation saine des jeunes enfants
- augmenter les facilités de jeux sécurisés pour les enfants ainsi qu'un environnement physique proche sain.
- encourager les écoles à suivre les politiques saines alimentaires et d'activité physique
- encourager les professionnels de la santé à participer au développement de programmes de santé publique.

Au cours d'une étude en Australie (19), la population générale a été interrogée sur les stratégies souhaitées pour diminuer le taux d'obésité chez les jeunes enfants. Plusieurs propositions d'actions étaient soutenues : la promotion de l'alimentation saine lors des programmes télévisés à destination des enfants ainsi qu'une activité physique quotidienne et une alimentation saine à l'école. Cependant, les possibilités d'interdire les publicités alimentaires lors des programmes télévisés, une surtaxe des aliments riches en énergie et la diminution de la taille des portions étaient exclues. Pour cet échantillon de la population générale (315 adultes), les stratégies de prévention doivent porter sur les enfants et leurs parents mais ne pas toucher au reste de la population.

Dans d'autres études aux Pays-Bas (3), Angleterre (39) et USA (12), différents lieux d'action sont préconisés selon les stratégies à mettre en place :

La communauté et les médias sont des lieux ou moyens importants pour toucher l'ensemble de la population et promouvoir l'activité physique ainsi que l'adoption de comportements alimentaires sains.

L'école est un endroit stratégique pour toucher l'ensemble des enfants et adolescents. Changer les normes sociales alimentaires à l'école représente la première phase de changements des normes sociales de la population (12) car les enfants sont les futurs adultes de demain. De plus, les enfants (obèses ou non) font partie de la population à risque.

Le traitement des enfants obèses revient à de la prévention ciblée, car il s'agit d'éviter que ces enfants restent obèses à l'âge adulte (l'obésité durant l'enfance accroît le risque d'obésité à l'âge adulte.) Le traitement de l'obésité doit donc être envisagé dans le même temps que des stratégies de prévention à l'intention de groupes d'enfants considérés à haut risque d'obésité, de même que dans le cadre d'une approche générale de prévention de l'obésité chez l'enfant à l'échelle communautaire (43).

Pour les enfants à haut risque (en surpoids ou obèse), les familles sont alors mises à « contribution ». Il s'agit alors de travailler sur un dysfonctionnement familial probable. Ce travail est réalisé avec le concours des professionnels de santé qui suivent l'enfant et sa famille.

#### **En conclusion :**

**Différents axes de prévention de l'obésité sont possibles, d'une part, une action « gouvernementale » agissant sur l'information, la publicité, le contrôle des firmes alimentaires, des produits et la disponibilité de structures publiques permettant l'activité physique en toute sécurité, d'autre part, une action auprès des différentes personnes impliquées dans les comportements alimentaires et physiques des enfants et adolescents. Ces stratégies éducatives préventives ou curatives du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent peuvent être classées selon le public visé : les enfants, les parents, le milieu scolaire et les professionnels de santé.**

## b.auprès des enfants

**Les besoins et les attentes des enfants et des adolescents** sont différents selon leur âge.

-Le soutien familial est un élément majeur pour les enfants lorsqu'ils sont interrogés sur leurs comportements alimentaires. Ils souhaitent que leurs parents les aident à choisir, les soutiennent dans leurs choix et leur montrent comment faire (2,37). Ils les veulent moins critiques, plus positifs et plus participatifs par rapport à leurs efforts de changement ou d'adoption de comportements alimentaires.

-Pour les enfants obèses, ils manquent bien souvent de compétence à s'adapter aux différentes expériences de confrontations avec leurs pairs et de stigmatisation due à leur surpoids (37).

-Pour les adolescents, l'école est un lieu primordial de développement social personnel. Ils peuvent apprendre à prendre une décision pour eux-mêmes, et ainsi pouvoir s'affirmer. À l'école, l'indépendance par rapport au milieu familial et les liens avec les pairs leur permettent d'atteindre ces différents objectifs.

Dans la littérature, **les stratégies éducatives**, compte tenu des perceptions des enfants sur le surpoids et l'obésité, ainsi que leurs besoins exprimés, sont diverses.

Il semble plus efficace de s'adresser aux enfants le plus tôt possible. Ils ont eu peu de temps pour consolider des comportements néfastes qui seront alors plus difficiles à changer par la suite (3).

Les objectifs doivent être progressifs, atteignables par les enfants et portant sur différents thèmes (10,37,39).

Les connaissances de la biologie, l'étiologie et la génétique de l'obésité pourraient modifier les représentations des enfants sur le surpoids ou bien sur leur propre surpoids. Cependant, il a été démontré (37) que cet objectif atteint permettait peu de changements de comportements chez les enfants.

Le choix alimentaire approprié des enfants peut être visé, notamment à l'école par des programmes éducatifs ciblant la connaissance des différentes catégories alimentaires, leurs rôles et leur nécessité de manger équilibré (10). Cependant, leurs perceptions des différents aliments sont difficiles à changer uniquement par ces stratégies. Les changements de comportements à court, moyen et long terme ont été peu étudiés, mais l'absence des parents lors de ces programmes a été souvent relevée pour expliquer les difficultés de maintien des connaissances des enfants une fois le programme terminé.(1,9,38,43). Cette information répond également aux besoins exprimés des enfants, d'être soutenus par leurs parents dans leurs changements de comportements.

Un autre objectif, plutôt d'ordre psychosocial, est évoqué : la promotion de l'image de soi chez les enfants obèses ou non. Celui-ci est essentiel car il permet de réduire les attitudes et perceptions négatives des enfants obèses sur eux-mêmes et a un impact sur l'estime de soi (37).

Pour les enfants obèses, les autres stratégies éducatives ciblent davantage les parents car il leur faut modifier l'environnement alimentaire et identifier rapidement avec l'aide des professionnels scolaires et de la santé les enfants qui ont des difficultés à s'autoréguler (37).

Pour les adolescents, les stratégies sont autres. Le but majeur est le sentiment d'auto-efficacité de ces jeunes dans leurs choix alimentaires (17,22,27).

L'OMS a d'ailleurs défini, en 2004, plusieurs stratégies à destination des adolescents pour améliorer leurs comportements alimentaires et physiques (27). Le but général de ces propositions est d'augmenter leur sentiment d'auto-efficacité. Les propositions sont les suivantes : participation active des adolescents dans les activités de cuisine, création de centre approprié pour la promotion de la santé des adolescents (accessible après l'école),

propositions de stades de changements de comportements (expérimentation de consommation de fruits et légumes par exemple), avoir des objectifs réalistes (diminution progressive de consommation de boissons et produits sucrés), délivrance d'un même message, donner une information aux adolescents leur permettant un choix raisonné (explication de l'IMC), utiliser le réseau social et communautaire et associer un comportement désirable avec le sentiment d'autosatisfaction et non de récompense.

Une étude (17) menée par Gracey et al en 1996 portant sur les connaissances, représentations et comportements des adolescents en Australie, évoque la possibilité de faire des liens entre différents programmes éducatifs portant sur le tabac, l'alcool et l'alimentation. Ces trois programmes visent les mêmes objectifs : faire un choix de comportements de santé et améliorer leur auto-efficacité perçue.

Il existe un pré-requis à ces programmes : tenir compte des normes sociales de l'environnement des adolescents : amis, pairs, famille et médias, afin de mieux comprendre leurs représentations du surpoids et de l'obésité ainsi que les facteurs influençant leurs comportements visant à contrôler leur poids (12).

Un élément du programme devrait porter, selon Boutelle et al (4), sur la notion de risque et les alternatives possibles pour perdre du poids sans prendre de risques.

Nous avons vu précédemment que l'école semblait également le lieu approprié pour permettre aux adolescents d'atteindre leurs objectifs, en dehors du milieu familial et en lien avec leurs pairs. Cependant, le suivi avec les familles est nécessaire (17), les parents sont un soutien à l'acquisition de l'autonomie des adolescents par la communication et le modèle parental alimentaire perçu lors des repas familiaux.

**En conclusion :**

**Selon l'âge de l'enfant, les objectifs sont différents : connaissances alimentaires et des causes d'obésité, image de soi pour les plus jeunes et augmentation de l'auto-efficacité chez les adolescents.**

**Mais le soutien parental dans l'apprentissage progressif de comportements alimentaires semble essentiel pour le maintien à long terme des résultats.**

### **c. Auprès des parents**

Nous avons vu précédemment que l'implication des parents dans les programmes éducatifs des enfants est importante pour le maintien des objectifs visés et atteints (1,9,16,29,38,43). Les changements à long terme sont plus importants, tant lors de programmes préventifs que curatifs.

**Les besoins exprimés par les parents** interrogés dans plusieurs études portent sur l'acquisition de compétences parentales et d'informations sur l'alimentation en général de l'enfant et l'adolescent.

Les parents ont souvent peur de mal faire (2,22) et souhaitent être aidés par l'école et les professionnels de santé (17,20).

Une étude australienne (20) a interrogé 17 parents issus d'une même école, afin de recueillir leurs difficultés et demandes pour améliorer les comportements alimentaires de leurs enfants. A l'école, ils souhaiteraient qu'il existe une plus grande éducation à l'alimentation saine car ils ressentent une grande influence des pairs sur les choix et comportements alimentaires de leurs enfants, une fois à l'école.

Leur impression de mal faire est liée aux difficultés de trier les messages différents issus de la communauté et des médias, des amis et des professionnels de santé. Ils souhaiteraient des messages cohérents sur l'alimentation et l'activité physique.

Plusieurs compétences parentales leur semblent difficiles à acquérir : stratégies pour résister aux demandes des enfants, stratégies pour encourager l'enfant à avoir une alimentation saine et à être plus actif...

Une autre étude (17) évoque le souhait des parents à connaître la fréquence de consommation d'aliments non sains autorisés chez l'enfant (nombre de jus de fruits par jour, repas fast food par semaine...)

**Les stratégies éducatives** proposées dans la littérature répondent en partie aux demandes des parents, ainsi qu'aux éléments relevés comme essentiels dans les changements de comportements, à savoir : prise de conscience et perceptions du risque et du surpoids de son enfant et rôle des parents avec acquisition de compétences parentales. Cependant, il existe peu de propositions concrètes et expérimentées auprès des parents. Ce sont souvent des orientations à suivre, compte tenu des résultats ou observations des différentes études sélectionnées pour le dossier.

La perception du surpoids de l'enfant par ses parents est indispensable dans la prise en charge préventive et curative du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. Selon Maynard et al (29), il n'existe pas de support parental si les parents ne perçoivent pas le surpoids de leur enfant. Cependant les stratégies utilisées pour faire prendre conscience aux parents que leur enfant est en risque ou en surpoids doivent être suivies de lignes de conduite, ne laissant pas les parents dans un état de désarroi (9). Les comportements des parents qui s'en suivent affectent la santé de l'enfant et risquent d'atteindre l'estime de soi de ceux-ci (notamment si les comportements adoptés en réponse à cette prise de conscience portent sur la restriction alimentaire des enfants) (29).

Par exemple, Jain et al (22), proposent de faire percevoir et comprendre aux mères que la nourriture n'est pas la seule manière de montrer son amour à son enfant et que bien nourrir son enfant n'est pas la seule façon de montrer ses compétences de mère.

Ces perceptions parentales doivent être explorées par les professionnels de santé et travaillées avec les parents avant d'initier toute prise en charge des enfants en risque de surpoids ou en surpoids.

Les stratégies d'acquisition de compétences parentales peuvent être divisées en deux groupes : celles portant sur le changement de l'environnement alimentaire familial, et celles visant la communication et les relations entre les parents et les enfants.

Le challenge des parents est de susciter des comportements durables sains au niveau alimentaire et activité physique sans provoquer chez l'enfant une préoccupation excessive pour la minceur et une dévalorisation de l'image de soi. Il leur faut donc transmettre des messages constructifs, en se préoccupant plus de l'environnement alimentaire familial que du poids de leur enfant (2,9,16).

Les interventions éducatives cherchant à développer les compétences parentales devront viser des objectifs progressifs, ayant pour buts finaux d'augmenter l'activité physique et de diminuer l'alimentation riche en graisse et en calories des enfants.

Le style parental à privilégier serait selon Golan (16), le style « qui fait autorité » qui augmente chez les parents leur capacité à mettre en place un environnement familial favorable à la santé, et à soutenir l'autonomie et l'estime de soi de leur enfant.

Davison et Birch (9) préconisent un programme touchant toute la famille « family approach concept ». Ce programme nécessite néanmoins des outils spécifiques et une coopération entre les différents membres de la famille et des intervenants.

Les interventions éducatives visent souvent les mères, notamment pour les enfants jeunes.

Enfin, selon le type de prise en charge (préventive ou curative) des enfants, les interventions éducatives peuvent varier en fonction du public visé et du contenu (15).

Au niveau préventif, les interventions éducatives sont préconisées auprès des enfants et des parents, et elles visent le développement de la responsabilité et d'une image de soi positive chez les enfants.

Par contre, sur le plan curatif, les parents seuls sont visés par la prise en charge éducative afin de travailler sur l'apprentissage de l'autorité et du modèle parental. Ils doivent apprendre à promouvoir un environnement approprié en favorisant l'autorégulation et les pratiques de santé chez l'enfant et en diminuant les facteurs responsables du surpoids de l'enfant.

**En conclusion :**

**Deux axes semblent importants à aborder avec les parents : la perception du risque et du statut pondéral de leur enfant et l'acquisition de compétences parentales, promouvant l'autonomie, l'estime de soi et l'auto-efficacité chez les enfants et adolescents. Les professionnels de santé semblent être des intervenants clés pour aborder ces deux axes. Cependant, le souhait des parents serait d'être également soutenu par le milieu scolaire et par les enseignants.**

#### **d. Entourage : Ecole, Professionnels de santé**

Les comportements des enfants et de leurs parents sont influencés également par de nombreuses interactions avec les enseignants et les professionnels de santé. Nous avons vu précédemment que ceux-ci avaient de nombreuses représentations du surpoids et de l'obésité des enfants, ainsi que du rôle des parents dans les comportements alimentaires de leurs enfants.

Stratégies éducatives au niveau des enseignants :

Les enseignants sont en contact permanent avec les enfants de leur classe durant toute une année. Ils ont la possibilité de mettre en place un programme à moyen terme visant à modifier les comportements alimentaires. Ils peuvent observer et agir sur les interactions entre les enfants, apporter de nouvelles connaissances, explorer leurs représentations de l'alimentation et du surpoids. Cependant, plusieurs études déplorent l'absence des parents dans ces programmes. Leur faible implication peut expliquer l'absence de maintien de ces comportements à long terme, notamment à domicile si les parents n'ont pas été impliqués dans le programme (38,43). Ceci semble d'autant plus important, en Australie, que les familles sont issues de milieu défavorisé (4) car elles sont très peu présentes au sein du milieu scolaire (associations de parents d'élèves).

Les représentations des enseignants sur le surpoids des enfants sont également importantes à explorer. En effet, ils sont un exemple, un modèle adulte pour leurs élèves. Il faudrait donc les sensibiliser à leur propre attitude et comportement à l'égard des personnes en surpoids, afin qu'ils n'influencent pas les comportements ultérieurs des enfants de leur école (3), obèses ou non (représentations des enfants en surpoids, image de soi...).

## Les professionnels de santé

Les professionnels de santé ont la particularité d'être en contact prolongé avec un enfant, sur le long terme, en le suivant pendant toute une partie de sa vie. Ils peuvent donc mettre en place des stratégies éducatives progressives et adaptées aux enfants et à leurs parents.

*Ils peuvent tout d'abord aider les parents à mieux percevoir le surpoids de leur enfant : il s'agit de la phase initiale de la prise en charge d'un enfant à risque ou en surpoids (13). En effet, une étude (35) réalisée aux USA auprès de parents d'enfants de 2 à 12 ans, a étudié les facteurs intervenant dans les stades de changement des comportements des parents liés à l'alimentation de leurs enfants. Il semblerait que la perception du surpoids de l'enfant par les parents, l'âge de l'enfant (>8 ans) et le positionnement du professionnel de santé par rapport au poids de l'enfant (reconnait qu'il s'agit d'un problème de santé) soient des facteurs favorisant l'action des parents dans la prise en charge du surpoids de leur enfant.*

De plus, la perception du surpoids par les parents, notamment par la mère, est un élément essentiel pour l'efficacité des programmes chez l'enfant (29).

Cependant, il faudra faire attention aux outils utilisés pour faire prendre conscience aux parents du surpoids de leur enfant. En effet, nous avons vu précédemment que l'utilisation de courbes pondérales ou de l'IMC n'avait aucun sens pour certaines mères, voire était perçue comme un outil de jugement de la compétence parentale (« pour voir si les parents nourrissent correctement leurs enfants ») (5,22).

*La relation entre les soignants et les parents est la clé de réussite de la prise en charge de l'enfant en risque ou en surpoids (11,22).*

Des professionnels de santé intéressés et positifs montreront plus d'empathie pour les parents et sauront mieux aider ceux-ci à percevoir le problème de santé et à le comprendre.

Le professionnel de santé aide ainsi aux décisions parentales sur les choix alimentaires pour leurs enfants et augmente les capacités des parents à faire leur propre choix. Auprès des populations à risque, mieux connaître les facteurs de motivation à changer permet d'être plus efficace dans les stratégies de prise en charge (35). L'écoute et la relation établie entre le soignant et les parents sont essentielles pour recueillir ces informations.

Plusieurs stratégies éducatives auprès des soignants sont proposées. Elles sont d'ailleurs les plus nombreuses retrouvées dans la sélection d'articles pour le dossier.

### *-Modification des représentations des soignants :*

Tout comme pour les enseignants, il faut sensibiliser les soignants à leur propre attitude et comportement à l'égard des personnes en surpoids (3) car ces représentations risquent d'influencer les représentations et comportements des parents venant consulter.

Les professionnels de santé peuvent être eux-mêmes en surpoids et leurs propres habitudes alimentaires et activités physiques peuvent influencer sur les conseils qu'ils donnent aux parents. Une étude américaine (8) portant sur les besoins de formation des professionnels de santé a montré que les soignants qui avaient eux-mêmes suivi un programme éducatif et avaient bénéficié d'un soutien dans la réalisation de ses propres objectifs alimentaires et d'activité, montraient plus d'engagement et d'enthousiasme à conseiller leurs patients qu'avant le programme. Ils exprimaient également plus de satisfaction personnelle et de capacité à conseiller.

Une autre étude (41) américaine réalisée auprès de soignants (équipe pluridisciplinaire) travaillant pour un programme spécial de supplémentation nutritionnelle pour femmes, nourrissons et enfants (Women, Infants, Children, WIC) a étudié plusieurs outils de

formations pour modifier les représentations des barrières et des solutions possibles à la prise en charge des enfants en surpoids auprès des parents. L'utilisation de films vidéos illustrant des consultations de conseils auprès de parents permettait de changer les représentations des barrières aux changements de comportements des parents. Les groupes de discussion entre soignants permettaient quant à eux de modifier et d'augmenter le nombre de solutions à proposer aux parents compte tenu de la situation proposée au départ de la discussion. Ces différentes études illustrent parfaitement le besoin de formation à destination des soignants afin qu'ils modifient leurs représentations de départ et qu'ils améliorent leur relation avec les parents.

*-Propositions de changements issues des professionnels de santé*

D'ailleurs, certains soignants du programme WIC aux USA (6), proposent plusieurs solutions afin de mieux répondre aux besoins des familles et des soignants.

-Ils souhaiteraient apprendre à avoir une approche éducative centrée sur l'enfant et sa famille, avoir des objectifs de changements de comportements plus petits et réalisables avec les parents et travailler en collaboration proche avec les généralistes pour éviter la discordance des messages auprès des parents.

-De plus, ils expriment le besoin de se former à la relation de conseil avec les patients

-Enfin, ils préconisent une évaluation des risques nutritionnels des populations à risque (WIC) afin de prendre en charge plus rapidement les enfants et leurs familles.

**En conclusion :**

**L'entourage des parents et de l'enfant constitue un élément incontournable dans les stratégies éducatives mises en place dans la prévention de l'obésité chez l'enfant.**

**Les enseignants devraient impliquer plus souvent les parents dans les programmes éducatifs alimentaires destinés aux enfants et travailler davantage sur leurs propres représentations du surpoids et de l'obésité chez l'enfant afin de mieux « entourer » les familles. Aucune stratégie d'action n'a été proposée dans les articles sélectionnés.**

**Les professionnels de santé, quant à eux, peuvent aider à changer les représentations des parents sur le statut pondéral de leur enfant, notamment en améliorant leur relation avec les parents. Les stratégies proposées sont : travailler sur leurs propres représentations du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, ainsi que les barrières et solutions à proposer, et la mise en place des consultations de soutien et d'aide plus centrées sur l'enfant et ses parents, avec des objectifs atteignables et ciblés auprès de populations à risque.**



## 6° Conclusions

Le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent sont des véritables problèmes de santé publique, au niveau mondial mais également au niveau européen. De nombreux facteurs de risque ont été identifiés et chaque pays met en place des stratégies d'action pour limiter voire enrayer cette épidémie : Programmes Nationaux Nutrition-Santé (PNNS), décisions gouvernementales de limitations de la disponibilité des produits gras et sucrés dans les écoles...

Au travers de ce dossier technique, nous avons pu constater le rôle primordial des parents dans l'apprentissage et le maintien de comportements alimentaires sains chez les enfants et les adolescents.

Un modèle parental « qui fait autorité » est proposé dans la littérature, favorisant les compétences psychosociales chez les enfants (l'estime de soi, l'autoefficacité, la confiance en soi), ainsi qu'un soutien parental permanent et différent selon l'âge de l'enfant.

Cependant, dans l'étude des comportements humains, les perceptions et les représentations sont des concepts clés à explorer car ils sont souvent à l'origine de l'adoption de certains comportements.

Nous avons pu constater au travers de cette revue de littérature que les parents avaient en majorité des perceptions erronées du risque de surpoids et du statut pondéral de leur enfant, notamment dans les populations ayant un faible revenu.

Il semble donc difficile d'imaginer l'adoption de comportements de santé par les parents pour leurs enfants s'ils ne considèrent pas leur enfant en risque de surpoids ou en surpoids.

L'entourage des familles est essentiel dans l'adoption des comportements par les parents et les enfants : la population générale, les enfants pairs, les enseignants et les professionnels de santé. Leurs perceptions et leurs représentations influencent les comportements des enfants et des parents.

Les adultes considèrent que principalement les parents sont responsables du statut pondéral de leurs enfants et ne se sentent pas impliqués dans la prise en charge ou les actions préventives du surpoids et de l'obésité de l'enfant.

Leurs représentations des personnes en surpoids, aussi bien chez les adultes que chez les enfants, sont plutôt négatives et ont comme répercussion, un isolement social des enfants et de leurs parents.

De nombreuses études nord américaines se sont intéressées aux représentations des différentes populations impliquées dans la prévention de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, mais trop peu envisagent des stratégies éducatives en lien avec ces représentations.

Seuls les professionnels de santé déjà impliqués dans des structures d'accueil de populations défavorisées et touchées par le problème de nutrition, envisagent des perspectives d'action d'éducation pour la santé, davantage centrées sur les parents.

En Europe, peu d'études ont été réalisées afin de mieux comprendre les représentations des parents, des enfants et des différents intervenants. Il nous semblerait important, compte tenu des éléments de ce dossier, d'initier des recherches sur les représentations notamment des parents sur l'alimentation, le statut pondéral de leur enfant dans le contexte européen et de proposer des stratégies éducatives en lien avec ces résultats afin de modifier les comportements alimentaires familiaux .

## 7° Références bibliographiques

- **articles**

1. Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics* 2000; 106; 1380-1386.
2. Borra ST, Kelly L, Shirreffs MB, Neville K, Geiger CJ. Developing health messages: qualitative studies with children, parents, and teachers help identify communications opportunities for healthful lifestyles and the prevention of obesity. *Journal of the American Dietetic Association*. June 2003, Vol 103 number 6.
3. Bosch et al. Psychosocial characteristics of obese children/youngsters and their families: implications for preventive and curative interventions. *PEC* 55 (2004) pp 353-362
4. Boutelle K, Neumark-sztainer D, Story M, Resnick M. Weight control behaviors among obese, overweight, and nonoverweight adolescents. *Journal of pediatric psychology*. Vol 27, N°6, 2002, pp 531-540
5. Carnell S. et al. Parental perceptions of overweight in 3 – 5 y olds. *Int Journal of Obesity* (2005) 29, 353-355.
6. Chamberlin LA, Sherman SN, Jain A, Powers SW, Whitaker RC. The challenge of preventing and treating obesity in low-income, preschool children : perceptions of WIC health care professionals. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 Jul ; 156(7) :662-8.
7. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *BMJ* 2000 ; 320 : 1240-1243
8. Crawford PB and al. Walking the talk : fit WIC wellness programs improve self-efficacy in pediatric obesity prevention counseling . *American Journal of Public Health*. September 2004, Vol 94, N°9.
9. Davison KK, Birch LL. Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls.. *Pediatrics* 2001 ; 107 ; 46-53
10. De Weirt J. Elaboration d'un projet d'éducation nutritionnelle dans le cadre de la prévention de l'obésité infantile. Mémoire de Licence en Sciences de la santé publique, orientation « Promotion à la santé-Education pour la santé ». 2004-2005
11. Edmunds LD. parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Fam Pract*. 2005 Mars 16 (Epub ahead of print)
12. Eisenberg ME, Neumark-sztainer D, Story M, Perry C. The role of social norms and friends' influences on unhealthy weight-control behaviors among adolescent girls. *Social Science and medicine* 60 (2005) 1165-1173
13. Etelson et al. Childhood obesity : do parents recognize this health risk ? *Obesity research*. Vol 11, N°11, november 2003
14. Evans DW, Finkelstein E.A, Kamerow D.B, Renaud J.M. Public perceptions of childhood obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28, 1, pp26-32
15. Golan M, Crow S. Parents are keyx players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev*. 2004 Jan;62(1):39-50
16. Golan M., Crow S. Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. *Obesity research* vol.12 N°2, February 2004, pp 357-361
17. Gracey D, Stanley N, Burke V, Corti B, Beilin LJ. Nutritional knowledge, beliefs, and behaviours in teenage school students. *Health Education Research*. Vol 11, n°2, 1996. pp 187-204.
18. Guibert P., Perrin-Escalon H. Baromètre Santé : Nutrition 2002. Editions INPES. 2004

19. Hardus PM, van Vuuren CL, Crawford D, Worsley A. Public perceptions of causes and prevention of obesity among primary school children. *International journal of obesity*. (2003) 27, 1465-1471
20. Hersketh K, Waters E, Green J, Salmon L, Williams J. Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. *Health Promotion International*, 2005, Vol 20 N°1, 19-26
21. Himes JH, Hannan P, Wall M, Neumark-Sztainer D. Factors associated with errors in self-reports of stature, weight, and body mass index in Minnesota adolescents. *AEP* Vol 15, N°4. April 2005 : 272-278.
22. Jain A, Sherman S.N, Chamberlin L.A, Carter Y, Powers S.W, Whitaker R.C. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*, Vol , N° 5, May 2001, pp 1138-1146
23. Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF and al. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns . *Obesity Reviews*, 2005 :6, 123-132
24. Kant A.K. Association of self-perceived body weight ; status with dietary reporting by U.S. Teens, *Obesity Research* Vol 10, N° 12, Décembre 2002
25. Kubik MY, Lytle L, Fulkerson JA. Fruits, vegetables, and football: Findings from focus groups with alternative high school students regarding eating and physical activity. *Journal of Adolescent Health*. 36 (2005) 494-500
26. Lake A.A., Rugg-Gunn A.J. and al. Longitudinal dietary change from adolescence to adulthood: perceptions, attributions and evidence. *Appetite*, volume 42, Issue 3, june 2004, pp 255-263
27. Lobstein T, Baur L and Uauy R for the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people : a crisis in public health. *Obesity reviews*, 2004 : 5 (suppl 1) : 4-85
28. Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev* 2003 ; 4 : 195-200
29. Maynard LM, Galuska DA, Blanck H, Serdula MK. Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics* 2003, 111; 1226-1231.
30. Mellin AE, Neumark-sztainer D, Story M, Ireland M, Resnick MD. Unhealthy behaviors and psychosocial difficulties among overweight adolescents : the potential impact of familial factors. *Journal of adolescent health*. 2002 ;31 :145-153.
31. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns : association with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the american dietetic association*. 2003 ;103 : 317-322
32. Neumark-Sztainer D, Wall M , Story M, Fulkerson JA. Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents ? *Journal of adolescent health*. 2004 ; 35 :350-359.
33. Nystrom A.A., and al (2005). The relationship of weight-related perceptions, goals, and behaviors with fruit and vegetable consumption in young adolescents. In *Preventive Medicine*, 40, (2005), 203 – 208
34. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Rmmett PM, Ness A, Rogers I, Steer C, Sheriff A, for the avon longitudinal study of parents and children study team. *BMJ* 2005 ; 330
35. Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, Mehta SD, Davis R'K. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics*. Vol 116. N°1 july 2005.
36. Robinson TN, Kiernan M, Matheson DM, Haydel KF. Is parental control avec children's eating associated with childhood obesity ? Results from a population-based sample of third graders. *Obesity research*. Vol 9, N°5, May 2001.

37. Schwartz MB, Puhl R. Childhood obesity : a societal problem to solve. Obesity reviews (2003) 4, 57-71.
38. Veugelers PJ, Fitzgerald AL Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity : a multilevel comparison..2005
39. Watt RG, Sheiham A. Towards an understanding of young peoples's conceptualisation of food and eating. Health Education Journal. 1997, vol 56, 340-349
40. Whitaker et al. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl J Med 1997 ; 337 : 869-873 In « Recueil Documentaire, Prévention de l'obésité chez l'enfant, N°11, Novembre 2004, UCL-RESO »
41. Whitaker RC, Sherman SN, Chamberlin LA, Powers SW. Altering the perceptions of WIC professionals about childhood obesity using video with facilitated group discussion. J American dietetic association. March 2004, Vol 104 (3) : 379-86.
42. WHO Regional Publications. Food and health in Europe : a new basis for action., European series, N°96. 2004, 385 p.
43. World Health Organization. Obesity : Preventing and Managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. WHO : Geneva, 1998

- **Revues:**

44. Agence départementale de la solidarité de Montpellier sud. Résultats de l'enquête santé-obésité des enfants de 4-5 ans. Prévalence, habitudes de vie, comportements alimentaires. PNNS 2001-2002.
45. Dossier technique UCL santé des familles 03-26. références de De Bourdeaudhuij 1996, 1997, 1998
46. La santé de l'homme. De l'alimentation à la santé. N° 358. Mars-avril 2002
47. La santé de l'homme. Nutrition, ça bouge à l'école. N° 374. Novembre-Décembre 2004
48. La santé de l'homme. Santé des enfants : la place des parents. N° 367. Septembre- Octobre 2003.
49. Parlement de la communauté française. Rapport introductif sur la prévention de l'obésité chez l'enfant. Session 2005. 23 février 2005
50. Rapport du PNNS 2001-2005. France. Etat d'avancement- Octobre 2004

- **Site internet :**

51. Site internet français du Programme National Nutrition-Santé (PNNS) : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) cliquer « Nutrition » dans accès simplifié par thém

