

**La stigmatisation des enfants atteints de surpoids et
d'obésité lors d'activités physiques:
une revue systématique**

AUDREY SEGHETTO

Etudiante HES – Filière Physiothérapie

BENOIT BONTEMPELLI

Etudiant HES – Filière Physiothérapie

Directrice de travail de Bachelor :

ANNE-GABRIELLE MITTAZ HAGER

TRAVAIL DE BACHELOR

Déposé à Loèche-les-Bains (VS-CH) le 05 juin 2015

En vue de l'obtention d'un

Bachelor of science HES-SO in Physiotherapy

Résumé

Introduction

La pratique de l'éducation physique est propice à la stigmatisation des enfants atteints de surpoids. Par leur comportement, les éducateurs physiques ont une influence conséquente sur la stigmatisation de ces enfants. Aucune revue systématique sur le comportement des éducateurs physiques face à la stigmatisation des jeunes en surpoids n'a encore été réalisée.

Notre objectif est de réaliser une revue systématique sur les comportements des éducateurs physiques face à la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité afin d'en extraire des recommandations.

Méthode

Nous avons exploré six bases de données et la littérature grise à l'aide d'une stratégie de recherche booléenne. La sélection des articles s'est déroulée en deux étapes et a été réalisée individuellement. La qualité des articles n'était pas un critère de sélection. Nous avons traité les données par synthèse thématique.

Résultats

Sur 2267 articles, nous avons retenu quatre études. L'analyse des données montre que les éducateurs physiques adoptent des postures favorisant la stigmatisation ou des postures agissant contre la stigmatisation. Parmi leurs attitudes stigmatisantes, ils émettent des préjugés négatifs, utilisent un langage stéréotypé, écartent les enfants en surpoids et créent un environnement favorisant la stigmatisation. De plus, leurs croyances et leur manque de connaissances au sujet de l'obésité et de la stigmatisation ne leur permettent pas d'aider ces enfants.

Discussion – Conclusion

Pour lutter contre la stigmatisation, les éducateurs physiques devraient adopter des comportements et des attitudes soutenant les enfants en surpoids, supprimer leurs croyances et augmenter leurs connaissances de l'obésité et de la stigmatisation.

Mots-clés: enfants / surpoids / stigmatisation / comportements / activité physique

Zusammenfassung

Einleitung

Sportliche Betätigung trägt zur Stigmatisierung übergewichtiger Kinder bei. Durch ihr Benehmen haben die physische Erzieher einen beträchtlichen Einfluss auf die Stigmatisierung dieser Kinder. Bisher wurde noch keine systematische Review über das Verhalten der physische Erzieher gegenüber der Stigmatisierung der übergewichtigen Kinder realisiert.

Unser Ziel ist eine systematische Review über das Verhalten der Sportlehrer gegenüber der an Übergewicht und Fettleibigkeit leidende stigmatisierten Kinder zu führen, sodass wir daraus Empfehlungen ableiten können.

Methode

Wir haben sechs Datenbanken und graue Literatur mithilfe Booleschen Suchoperatoren erforscht. Die Auswahl der Artikeln ist in zwei Etappen abgelaufen und wurde individuell durchgeführt. Die Qualität der Artikel war kein Auswahlkriterium. Wir haben die Daten in einer thematischen Analyse verarbeitet.

Ergebnisse

Von 2267 Artikeln haben wir vier festgehalten. Die Analyse der Daten beweist, dass Sportlehrer Verhaltensweisen annehmen, die entweder die Stigmatisierung fördern, oder sie verhindern. Durch ihr stigmatisierendes Verhalten machen sie negative Vorurteile, verwenden eine stereotypische Sprache, grenzen übergewichtige Kinder aus und erschaffen eine stigmatisierungsfördernde Umgebung. Außerdem trägt ihre Meinung und ihre mangelnde Kenntnisse über Fettleibigkeit und Stigmatisierung nicht dazu bei diesen Kindern zu helfen.

Diskussion – Schlussfolgerung

Um gegen die Stigmatisierung zu kämpfen, sollten die Sportlehrer ein Verhalten annehmen, dass die Kinder unterstützt. Sie sollten ebenfalls ihre Vorurteile ablegen und sich besser über Fettleibigkeit und Stigmatisierung informieren.

Stichwörter: Kinder / Übergewicht / Stigmatisierung / Verhalten / Körperliche Aktivität

Abstract

Introduction

The practice of physical education might lead to overweight children stigmatization. Through their behavior, physical educators may have significant influence on the stigmatization of these children. No systematic review evaluating the behavior of physical educators towards the stigmatization of overweight young people has been realized.

The aim of the work is to conduct a systematic review discussing the physical educators behaviors regarding the stigmatization of overweight and obese children in order to draw recommendations.

Method

We considered six different databases and the grey literature using a boolean search strategy. The article's selection was conducted in two stages and individually. The article's quality was not part of our selection criteria. We processed the data through a thematic synthesis.

Results

Out of 2267 articles, we selected four studies. The data analysis shows that physical educators adopt postures favoring stigmatization or postures acting against stigmatization. Among their discriminatory attitudes, they emit negative prejudices, using stereotypical language, discard overweight children and create an environment leading to stigmatization. Their beliefs and their lack of knowledge about obesity and stigmatization do not enable them to help these children.

Discussion - Conclusion

In order to fight stigmatization, physical educators should rather adopt behaviors and attitudes supporting overweight children, remove their beliefs and improve the knowledge regarding obesity and stigmatization.

Keywords: children / overweight / stigmatization / behaviors / physical activity

Avertissement

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Valais, du Jury ou de la Directrice du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

Loèche-les-Bains, le 05.06.2015

Audrey Seghetto et Benoît Bontempelli

Remerciements

Nous souhaitons remercier les personnes suivantes :

Mme A. Mittaz Hager, enseignante à la HES-SO Valais-Wallis, filière physiothérapie et directrice de travail de Bachelor, pour son soutien ainsi que ses conseils et ses remarques tout au long de la réalisation de notre revue systématique.

Mme C. Moulin Roh, coordinatrice et responsable des projets pour Promotion Santé Valais – Centre Alimentation et Mouvement, pour ses suggestions avisées et pour la transmission d'articles.

Mme V. Hasler enseignante à la HESAV, pour son aide concernant la méthodologie de recherche qualitative.

M. M. Sattelmayer, enseignant à la HES-SO Valais-Wallis, filière physiothérapie, pour l'aide informatique.

Mme M. Seghetto, Mme A. Bontempelli et M. J. Bontempelli, pour la relecture attentive de notre travail.

Mlle I. Koss et M. J. Bontempelli, pour les traductions.

Nos proches et familles respectives, pour leur soutien fidèle, leurs encouragements et leur patience.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1.1 FONDEMENTS SCIENTIFIQUES	1
1.1.1 SURPOIDS ET OBÉSITÉ	1
1.1.2 STIGMATISATION DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ	4
1.2 OBJECTIF ET QUESTION DE RECHERCHE	10
2. MÉTHODE	11
2.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE	11
2.2 SÉLECTION DES ARTICLES	12
2.2.1 SÉLECTION PAR TITRES, RÉSUMÉS ET DOUBLONS	12
2.2.2 SÉLECTION PAR LECTURE EN TEXTE INTÉGRAL	13
2.2.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ	13
2.3 TRAITEMENT DES DONNÉES	14
3. RÉSULTATS	15
3.1 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE ÉLECTRONIQUE	15
3.1.1 DESCRIPTION DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES	16
3.2 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ	16
3.3 LES COMPORTEMENTS DES ÉDUCATEURS PHYSIQUES	17
3.3.1 POSTURES DE L'ÉDUCATEUR PHYSIQUE FACE À DES SITUATIONS DE STIGMATISATION	17
3.3.2 ATTITUDES DE L'ÉDUCATEUR PHYSIQUE	18
3.3.3 CROYANCES ET MANQUE DE CONNAISSANCES DES PROBLÉMATIQUES DE L'OBÉSITÉ ET DE LA STIGMATISATION	21
3.3.4 SYNTHÈSE	22
4. DISCUSSION	23
4.1 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	23
4.2 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE	33
4.3 AUTOCRITIQUE DE NOTRE TRAVAIL	34
4.4 PISTES POUR DE FUTURES RECHERCHES	35
5. CONCLUSION	37
6. BIBLIOGRAPHIE	II
7. LISTE DES ILLUSTRATIONS	XVII
8. ANNEXES	XVIII
ANNEXE I: EQUATIONS DE RECHERCHE	XVIII
ANNEXE II: GRILLE DE LECTURE PAR VERSION INTÉGRALE	XIX
ANNEXE III: ECHELLE CASP POUR ÉTUDES QUALITATIVES	XX
ANNEXE IV: REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DE L'ARBRE THÉMATIQUE	XXII
ANNEXE V: RÉSUMÉ DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES	XXIII
LI, 2012	XXIII
O'CONNOR, 2014	XXIV
TROUT, 2009	XXV
VAN AMSTERDAM, 2012	XXVI

ANNEXE VI: POSTURES DE L'ÉDUCATEUR PHYSIQUE FACE À DES SITUATIONS DE STIGMATISATION	XXVII
ANNEXE VII: ATTITUDES DE L'ÉDUCATEUR PHYSIQUE	XXVIII
ANNEXE VIII: CROYANCES ET MANQUE DE CONNAISSANCES DES PROBLÉMATIQUES DE L'OBÉSITÉ ET DE LA STIGMATISATION	XXIX
ANNEXE IX: LISTE DES RECOMMANDATIONS	XXX
POSTURES DE L'ÉDUCATEUR PHYSIQUE FACE À DES SITUATIONS DE STIGMATISATION	XXX
ATTITUDES DE L'ÉDUCATEUR PHYSIQUE	XXXII
CROYANCES ET MANQUE DE CONNAISSANCES DES PROBLÉMATIQUES DE L'OBÉSITÉ ET DE LA STIGMATISATION	XXXV

Abréviations

AP: Activité physique

BMI: Body mass index

CASP: Critical Appraisal Skills Programme

EP: Education physique

IMC: Indice de masse corporelle

OMS: Organisation mondiale de la Santé

1. Introduction

Ce travail de Bachelor est la réponse à une demande que “Promotion Santé Valais – Centre Alimentation et Mouvement” a soumise à la filière physiothérapie de la HES-SO Valais-Wallis dans le cadre de ses projets pour prévenir et éviter l’apparition de surpoids chez les enfants et les adolescents de notre canton. Le “Centre Alimentation et Mouvement”, par l’intermédiaire de Mme Catherine Moulin Roh, responsable, souhaiterait fonder ses actions futures sur des bases scientifiques.

Les physiothérapeutes se retrouvent fréquemment confrontés au surpoids et à l’obésité ainsi qu’aux pathologies associées. L’activité physique (AP), la réadaptation et la promotion de la santé sont en lien direct avec la physiothérapie et jouent un rôle important dans la prévention et le management de l’obésité. Cependant, les physiothérapeutes stigmatisent les patients à cause de leur poids (Setchell, Watson, Jones, Gard, & Briffa, 2014). Il est nécessaire que les physiothérapeutes prennent conscience de leurs attitudes stigmatisantes envers les individus atteints d’obésité, car cela implique des conséquences néfastes pour la santé.

Ainsi, nous nous sommes proposés de réaliser une revue systématique traitant du thème de la « stigmatisation de l’enfant atteint de surpoids ou d’obésité lors d’activités physiques ». Cette proposition nous paraît d’autant plus pertinente qu’aucune revue systématique sur ce sujet n’a été réalisée à ce jour.

1.1 Fondements scientifiques

1.1.1 Surpoids et obésité

Ce chapitre développe les problématiques du surpoids et de l’obésité, éléments prépondérants à la compréhension et à l’appropriation du sujet de ce travail.

L’obésité est un problème de santé publique à l’échelle planétaire (Bonsaksen, Kottorp, Gay, Fagermoen, & Lerdal, 2013; Steiger & Baumgartner Perren, 2014). L’obésité et le surpoids atteignent des proportions épidémiques au niveau mondial (Puska, Nishida, & Porter, 2003; Steiger & Baumgartner Perren, 2014). Chez l’adulte, l’obésité se définit par rapport à l’indice de masse corporelle (IMC en français, BMI en anglais pour body mass index). L’IMC est le rapport entre le poids en kg et le carré de la taille exprimée

en mètre: poids en kg / taille en m². Un IMC entre 18 et 25 signifie un poids qui est dans la norme. Un IMC entre 25 et 30 est considéré comme un excès pondéral. Dès lors que l'IMC se situe entre 30 et 35, on parle d'obésité et enfin, lorsqu'il excède 35, on parle d'obésité morbide (OMS, 2015a).

En revanche, chez les enfants et adolescents, la définition de l'obésité est plus complexe. A cause de changements physiologiques dus à la croissance, l'IMC ne reste cependant qu'une indication (OMS, 2010). L'obésité des individus âgés de 2 à 19 ans se situe dans le 95ème percentile ou plus de l'IMC/âge et le surpoids se situe dans le 85ème percentile ou plus, mais sous le 95ème percentile de l'IMC/âge (Hedley et al., 2004).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2010, 42 millions d'enfants étaient en surpoids dans le monde, dont 35 millions dans des pays en développement (OMS, 2010). Les chiffres du rapport 2014 de l'organe « Promotion Santé Suisse » affirment que 41% de la population suisse est atteinte de surpoids ou d'obésité (Steiger & Baumgartner Perren, 2014). En Suisse, l'évolution de l'obésité chez les enfants est alarmante. Le tableau 1 montre le pourcentage d'enfants (6-12 ans) atteints de surpoids et d'obésité en Suisse de 1999 à 2012 (Tableau 1: Pourcentage d'enfants de 6 à 12 ans atteints de surpoids et d'obésité de 1999 à 2012) (Aeberli & Murer, 2013; Office fédéral de la santé publique, 2013).

	Pourcentage d'enfants suisses (6-12 ans) atteints de surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$)	Pourcentage d'enfants suisses (6-12 ans) atteints d'obésité ($\text{IMC} \geq 30$)
1999	19 %	5.2 %
2009	17.8 %	5.3 %
2012	19 %	7.1 %

Tableau 1: Pourcentage d'enfants de 6 à 12 ans atteints de surpoids et d'obésité de 1999 à 2012

La cause du surpoids et de l'obésité est souvent attribuée à un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées (Lasserre, Chiolero, Cachat, Paccaud, & Bovet, 2007; OMS, 2015b). L'obésité chez l'enfant ne peut se réduire qu'à cet écart. La globalité de l'environnement doit être prise en compte pour déterminer les facteurs de risque à l'origine de ce déséquilibre (Farpour-Lambert, Allemann, & Laimbacher, 2006). Une alimentation malsaine, une faible activité physique, la génétique, une prise de médicaments, une autre pathologie, un manque de sommeil, du stress, des facteurs maternels (obésité maternelle, diabète gestationnel) et un contexte socio-économique

sont les composants influençant l'obésité (Association Suisse pour l'Etude du Métabolisme et de l'Obésité, 2006; Chaput et al., 2011; Huang, Howarth, Lin, Roberts, & McCrory, 2004; Ludwig, Peterson, & Gortmaker, 2001; Oken, Taveras, Kleinman, Rich-Edwards, & Gillman, 2007; Pérusse & Bouchard, 2003; Rankinen et al., 2006; Vande Weyer, Bolterys, & Guzman, 2005; Vohr & McGarvey, 1997).

L'obésité infantile augmente le risque de surpoids et d'obésité à l'âge adulte (Steiger & Baumgartner Perren, 2014). On dénombre plusieurs conséquences dues à l'obésité telles que l'hypertension, le diabète, les risques cardiovasculaires, la dyslipidémie, l'asthme, les inflammations chroniques, les troubles musculo-squelettiques et les cancers (OMS, 2005; J. Reilly et al., 2003). Une étude souligne que ces pathologies ne concernent plus uniquement les adultes, mais aussi les enfants (Steinberger & Daniels, 2003). Un enfant atteint d'obésité a des risques plus élevés de développer ces pathologies à l'âge adulte (J. J. Reilly & Kelly, 2011).

Pour lutter contre l'obésité et ses conséquences, une action isolée n'a aucune chance (Gortmaker et al., 2011). Un grand nombre de programmes visant à prévenir l'obésité infantile existe. Ils proposent un programme d'AP, des recommandations sur l'alimentation et parfois, des actions sur l'environnement familial et les habitudes de vie (Monasta et al., 2011; Waters et al., 1996; Xu et al., 2014). Les interventions mises en place pour éviter l'obésité infantile doivent être menées simultanément. Elles doivent associer des approches variées et intégrer une grande diversité d'acteurs (Butland et al., 2007). Prendre la perte de poids comme indicateur du succès d'une action est contre-productif. Cette action développe chez l'enfant une diminution de l'estime de soi¹, des problèmes d'alimentation et une stigmatisation liée au poids (Chaput & Tremblay, 2006).

Dès l'âge de six ans, les enfants se préoccupent de leur image corporelle et de leur poids (Testera Borrelli, 2014). Chez les enfants de 6 à 12 ans, 30 à 50% affirment ne pas être satisfaits de leur aspect physique (Ricciardelli & McCabe, 2001; Smolak, 2011). L'image de soi, définie comme « *la perception et les sentiments qu'une personne possède d'elle-même et de son corps* » (Grogan, 2007), se construit par rapport à son propre corps, mais également à partir de l'interaction entre l'individu et la société

¹ « *Appréciation positive ou négative de l'image de soi-même.* » (Coopersmith, 1984).

(Testera Borrelli, Schulte-Abel, Schär, & Schneiter, 2013). Les données de la *Health Behaviour in School-aged Children* comparant les pays révèlent une augmentation de l'inquiétude et de l'insatisfaction en lien avec le poids et l'image corporelle dans les pays industrialisés (Currie et al., 2012).

Pour changer un style de vie, une personne a besoin de croire qu'elle est capable d'avoir les comportements qui la mènent à une meilleure santé ou à l'obtention du résultat désiré. Cette capacité est définie comme auto-efficacité ou *self-efficacy* (Bandura, 1997; Bonsaksen et al., 2013). Elle est connue pour être corrélée positivement à la participation à l'éducation physique (EP) (Van Der Horst, Paw, Twisk, & Van Mechelen, 2007).

Les enfants sont l'objet de moqueries ou de remarques stigmatisantes à cause de leur poids (Losekam, Goetzky, Kraeling, Rief, & Hilbert, 2010). Kutob et al. (2010) affirment que ces moqueries ont un effet négatif plus important que le poids corporel lui-même en matière d'estime de soi.

Les problématiques du surpoids et de l'obésité sont considérées comme les plus stigmatisantes et les moins acceptables socialement pour les enfants (Renman, Engström, Silfverdal, & Aman, 1999). Le chapitre suivant développe le concept de la stigmatisation des individus atteints de surpoids et d'obésité.

1.1.2 Stigmatisation du surpoids et de l'obésité

« Gros, grassouillet, bouboule, gras, fat,... ». Ces mots ne sont anodins à l'oreille de personne. Les enfants atteints d'obésité représentent la population la plus à risque d'être confrontée à la stigmatisation (Sikorski, Luppá, Brähler, König, & Riedel-Heller, 2012). Dès l'âge de trois ans, on retrouve des comportements de stigmatisation envers des sujets en surpoids (Cramer & Steinwert, 1998).

La stigmatisation, définie par E. Goffman, est « *un processus de discréditation et d'exclusion envers une personne « étiquetée » comme anormale* » (Goffman, 1963). Dans la littérature, plusieurs termes sont utilisés pour décrire toute expérience vécue par un jeune étant la cible d'entreprises agressives de la part d'autres enfants ou adolescents. Ainsi, ces enfants sont harcelés, victimisés ou stigmatisés (Crick & Grotpeter, 1996; Goffman, 1963; Gredler, 2003; Perry, Kusel, & Perry, 1988; Whitney & Smith, 1993). Sous le terme de stigmatisation, nous entendons également discrimination, « *un acte*

comportemental ou verbal négatif envers un individu ou plusieurs membres d'un groupe social à propos duquel il existe un préjugé négatif» (Scharnitzky, 2006). Nous incluons aussi le terme victimisation, décrit par Vernberg, Jacobs & Hershberger (1999), comme « *une action entreprise par un ou plusieurs jeunes dont le but est d'infliger des souffrances à un autre enfant* ».

L'individu est réduit à l'attribut « anormal » qui prédomine au détriment de ses autres qualités sociales. Une mise en marche de dépréciation personnelle s'amorce et débouche sur une détérioration de l'image de soi. Elle pousse la personne à croire comme légitimes les discriminations dont elle est la victime. Les mots et les regards perçus entretiennent une image négative de soi-même. Cela invoque une acceptation de l'étiquette négative et une dévalorisation de soi (Tibère, 2007).

Les enfants de 8 à 12 ans atteints d'obésité reçoivent plus souvent des commentaires négatifs lorsqu'ils sont perçus comme étant responsables de leur prise de poids (Anesbury & Tiggemann, 2000). Cependant, les critiques négatives sont moindres si l'on informe les adultes sur les causes génétiques et physiologiques de l'obésité (C. S. Crandall, 1994).

La littérature différencie la stigmatisation implicite de la stigmatisation explicite (Blair, Ma, & Lenton, 2001; Greenwald & Banaji, 1995). La stigmatisation explicite est vérifiée lorsqu'un individu choisit consciemment d'exprimer une attitude négative envers un autre individu atteint de surpoids ou d'obésité. A l'inverse, la stigmatisation implicite est ancrée dans les pensées inconscientes de la personne. Elle ne se rend pas compte qu'elle stigmatise (Li & Rukavina, 2011).

Une autre nomenclature donne trois types de stigmatisation: physique (pousser, frapper), relationnelle (ignorer, exclure) et verbale (médire, se moquer, insulter) (Byers, Caltabiano, & Caltabiano, 2011; Costley, Sueng-Lock, & Ji-Eun, 2014; R. M. Puhl, Luedicke, & Heuer, 2011).

De manière dichotomique, la victimisation peut être vue en victimisation ouverte (*actes visibles comme frapper, pousser, insulter*) ou couverte (*actes invisibles comme médire, isoler socialement*) (Byers et al., 2011). Suivant le type de stigmatisation, la littérature montre que les éducateurs réagissent différemment (Holt & Keyes, 2004; Yoon, Bauman, Choi, & Hutchinson, 2011).

Les enfants atteints de surpoids ou d'obésité sont discriminés aussi bien par leurs pairs (Radoszewska, 2009; Robinson, 2006; Storch et al., 2007) de même sexe et par ceux de

sexe opposé (Slater & Tiggemann, 2011), que par les membres de leur famille (McCormack et al., 2011; Rogge, Greenwald, & Golden, 2004), les professeurs (J. Peterson, Puhl, & Luedicke, 2012), les éducateurs physiques (K. S. O'Brien, Hunter, & Banks, 2007) et les professionnels de la Santé (R. M. Puhl, Luedicke, & Grilo, 2014; Rogge et al., 2004).

La victimisation par les pairs est définie comme une expérience d'agression perpétrée par un ou plusieurs individus (Gray, Kahhan, & Janicke, 2009). Les pairs voient les enfants atteints d'obésité comme des partenaires de jeu indésirables étant paresseux, en manque de volonté, repoussants physiquement, stupides, méchants, et malheureux (Cramer & Steinwert, 1998; R. Puhl & Brownell, 2001; R. M. Puhl & Latner, 2007).

La pression sociale relative à l'apparence physique joue un rôle important dans le développement d'une image corporelle négative et de troubles mentaux durant l'adolescence (Helfert & Warschburger, 2013). Dans une société où l'idéal de beauté véhiculé par les médias, se veut d'être mince (Makara-Studzińska, Podstawka, & Goclon, 2013), la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité est une situation commune (Myers & Rosen, 1999). Parallèlement à la propagation d'un idéal de beauté en lien avec la minceur, Latner & Stunkard (2003) ont démontré une augmentation, entre 1961 et 2001, de la stigmatisation des enfants atteints d'obésité. Les sujets en marge de cet idéal sont pointés du doigt et vus comme laids et anormaux. Toutes les autres qualités physiques, personnelles et sociales sont réduites à néant par cette corpulence (Tibère, 2007).

Un grand nombre d'études démontre plusieurs effets néfastes de la stigmatisation tant au niveau physique que psychique. La stigmatisation a pour conséquences:

- des comportements alimentaires à risque (R. M. Puhl & King, 2013; R. M. Puhl, Luedicke, & Depierre, 2013; Washington, 2011),
- une diminution de l'estime de soi et de l'image de soi (Eisenberg, Neumark-Sztainer, Haines, & Wall, 2006; C. L. Fox & Farrow, 2009; Greenleaf, Petrie, & Martin, 2014; Makara-Studzińska et al., 2013; Sargent & Blanchflower, 1994),
- de l'anxiété (Griffiths & Page, 2008; Makara-Studzińska et al., 2013; R. M. Puhl & King, 2013; Slater & Tiggemann, 2011),

- une diminution de la participation aux activités physiques (Losekam et al., 2010; R. M. Puhl & King, 2013; Schmalz, 2010; Slater & Tiggemann, 2011; Vartanian & Shaprow, 2008),
- de l'isolement social (R. M. Puhl, Luedicke, et al., 2013; Tibère, 2007),
- une diminution de la qualité de vie (Latzer & Stein, 2013),
- de la dépression (Greenleaf et al., 2014; Kräling, Losekam, Götzky, Rief, & Hilbert, 2010; Makara-Studzińska et al., 2013; R. M. Puhl & King, 2013; Sargent & Blanchflower, 1994; Slater & Tiggemann, 2011),
- des idées de suicide (R. M. Puhl & King, 2013; Sargent & Blanchflower, 1994).

La discrimination devient un vrai cercle vicieux lorsque l'individu stigmatisé accepte et conçoit comme normaux, les actes discriminatoires dont il est victime. Une dévalorisation personnelle, qui débouche sur une dégradation de l'image de soi, s'ensuit (Goffman, 1963). Goffman a défini un cercle vicieux mis en place par des sujets stigmatisés atteints d'obésité. L'obésité entraîne la stigmatisation, qui implique une dévalorisation de soi, puis des comportements alimentaires compensatoires. Ces comportements contribuent au surpoids et à l'obésité. Le cercle vicieux ne peut être rompu (Poulain, 2000). Ce comportement discriminatoire peut exacerber les conséquences de l'obésité (K. S. O'Brien et al., 2007).

Même des programmes de prévention contre le surpoids et l'obésité, alors qu'ils disposent de nobles intentions, sont, de par leurs publicités et leurs présentations, sources de stigmatisation (Vartanian & Smyth, 2013). La stigmatisation peut poser une barrière à l'adhérence aux traitements et contribue à des programmes pauvres en résultats (Storch et al., 2007). Leurs conséquences psychosociales négatives ont un effet négatif sur la motivation à perdre du poids (Have, van der Heide, Mackenbach, & de Beaufort, 2013).

Il en ressort que l'étiologie de la stigmatisation par rapport au poids corporel et les moyens pour l'entraver sont encore peu compris (Christian S. Crandall & Schiffhauer, 1998; Rebecca Puhl & Brownell, 2003).

1.1.2.1 Stigmatisation et différences socio-culturelles

Ce chapitre permet de comprendre les différences socio-culturelles liées aux problèmes de poids et d'image du corps. Elles doivent être développées dans notre travail de recherche qui répond à une demande concernant la population des enfants en Suisse.

Selon Cunningham, Vaquera & Long (2012), le désavantage social de l'obésité est moindre chez les adolescents de couleur. Les moqueries sur l'apparence physique des enfants atteints d'obésité et de surpoids sont significativement moins nombreuses chez les filles noires que chez les filles de couleur blanche (Ali, Rizzo, & Heiland, 2013). Des pénalités dans les réseaux d'amitié se retrouvent chez les personnes blanches, plus spécifiquement chez les filles. En revanche, chez les afro-américains ou les hispaniques, ces pénalités sont moins présentes (Ali, Amialchuk, & Rizzo, 2012).

Le statut socio-culturel et l'origine peuvent influencer l'estime de soi. Par exemple, le surpoids influence négativement l'estime de soi chez les caucasiens et les latino-américains mais pas chez les filles afro-américaines (Latzer & Stein, 2013). Chez les filles de couleur noire, la présence de surpoids ou d'obésité ne diminue pas leur estime de soi (Brown et al., 1998).

Une lutte contre la stigmatisation s'avère difficile dans les pays industrialisés, car elle est fortement présente et considérée presque comme acceptable (Hilbert, 2010).

1.1.2.2 Stigmatisation et activité physique

Les enfants et adolescents de tous poids devraient participer et prendre du plaisir durant l'EP (Faith, Leone, Ayers, Heo, & Pietrobelli, 2002; Storch et al., 2007; Zabinski, Saelens, Stein, Hayden-Wade, & Wilfley, 2003). La pratique de l'EP est propice à la stigmatisation des enfants atteints d'obésité (Bauer, Yang, & Austin, 2004; Faith et al., 2002; K. R. Fox & Edmunds, 2000; Pierce & Wardle, 1997; Storch et al., 2007). En effet, l'EP fournit beaucoup d'opportunités pour juger l'apparence corporelle de quelqu'un (A. E. Cox, Ullrich-French, Madonia, & Witty, 2011).

La littérature montre que les moqueries sur le poids corporel durant les AP sont des barrières à l'adoption et au maintien d'un mode de vie sain (Bauer et al., 2004; Faith et al., 2002). Les expériences de stigmatisation sont reliées à une augmentation du désir d'éviter les AP (Hayden-Wade et al., 2005). Les individus en surpoids expriment une tendance à fuir ces lieux impliquant une relation avec autrui et les conduit à un repli sur eux-mêmes (Tibère, 2007). Ils relatent être réticents à l'AP à cause des moqueries liées au poids dont ils sont victimes (Bauer et al., 2004; Zabinski et al., 2003). La littérature démontre aussi que les enfants atteints de surpoids et d'obésité, discriminés durant les AP, préfèrent les activités sédentaires et en solitaire (Hayden-Wade et al., 2005). Pierce

& Wardle (1997) ont reporté que les enfants en surpoids se sentent souvent exclus durant les activités physiques.

Des recherches ont montré que les éducateurs physiques² sont en première ligne pour promouvoir la participation à l'AP chez les jeunes (Department of Health, 2008; The Audit Commission, Healthcare Commission & the National Audit Office, 2006). Cependant, O'Brien et al. (2007) ont relevé, chez les éducateurs physiques, des attitudes négatives envers les enfants souffrant d'obésité. Les éducateurs physiques sont soumis à une forte pression les poussant à être minces et d'apparence sportive (Yager & O'Dea, 2005). Les étudiants en sport ainsi que leurs collègues éducateurs ont un intérêt pour l'AP et le corps athlétique. Ils aiment être actifs physiquement et ne comprennent pas comment d'autres ne partagent pas cet opinion. Ces facteurs peuvent exacerber les stéréotypes liés au poids (Fontana, Furtado, Marston, Mazzardo, & Gallagher, 2013). Il en résulte un manque d'attention, d'encouragement et d'aide, et une augmentation des critiques lors des AP (K. S. O'Brien et al., 2007). Les éducateurs physiques affirment avoir des espérances inférieures quant aux capacités des enfants en surpoids comparées à celles des enfants ayant un poids dans la norme (K. S. O'Brien et al., 2007; J. Peterson et al., 2012). Dans une étude, 28% des éducateurs confirment que devenir obèse est la pire chose qui puisse arriver à une personne (Neumark-Sztainer, Story, & Harris, 1999).

Plusieurs recherches ont été menées sur l'aptitude des éducateurs physiques à motiver les enfants à prendre part aux AP (Ames, 1992; Lewis, Fraser, & Manby, 2014). Par contre, peu d'études ont été réalisées sur le comportement que doit adopter un éducateur physique ou un professionnel de la Santé afin d'éviter de discriminer les enfants atteints d'obésité (MacLean et al., 2009). Etant donné que le nombre d'enfants et d'adolescents en surpoids progresse à un taux alarmant (C. L. Ogden, Flegal, Carroll, & Johnson, 2002), la stigmatisation touche probablement un grand nombre de jeunes (Strauss & Pollack, 2003). Sachant que l'éducation est décrite comme le chemin le plus prometteur pour de futurs efforts visant à réduire la stigmatisation (R. M. Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2008), il est important de comprendre comment les éducateurs physiques peuvent créer un contexte d'AP minimisant les stéréotypes envers les enfants en surpoids (Rukavina & Li, 2008). Des méthodes permettant des interventions efficaces dans le but de réduire les stéréotypes liés au poids en EP doivent être

² Sous le terme d'éducateurs physiques, nous entendons: les professeurs d'éducation physique, les physiothérapeutes, les coaches sportifs et les entraîneurs.

recherchées (Greenleaf, Martin, & Rhea, 2008). Cependant, même si des interventions contre la discrimination liée au poids sont nécessaires (Losekam et al., 2010), les recherches examinant les comportements stigmatisants des éducateurs physiques manquent (K. S. O'Brien et al., 2007).

1.2 Objectif et question de recherche

L'objectif de ce travail est de réaliser une revue systématique sur le comportement des éducateurs physiques face à la stigmatisation chez les enfants atteints de surpoids et d'obésité. Nous considérons que le comportement de l'éducateur physique est stigmatisant lorsqu'il discrimine lui-même un enfant ou lorsqu'il ne réagit pas de manière adaptée lors de stigmatisation par des pairs.

Ce travail est une première étape en vue de la réalisation d'un guide de recommandations adressé aux éducateurs physiques et à tous les professionnels du mouvement. Il permet le développement d'interventions visant la « déstigmatisation de l'obésité », comme le suggèrent Hartmann & Hilbert (2013).

Notre question de recherche est la suivante: « Quels sont les comportements des éducateurs physiques face à la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité ? »

2. Méthode

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une revue systématique de type qualitatif. Dans le but de nous focaliser exclusivement sur les comportements des éducateurs physiques face à la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité, nous avons choisi une approche méthodologique qualitative. Les méthodes qualitatives sont utilisées pour décrire et analyser le comportement des êtres humains du point de vue des sujets (Hudelson, 1994). Nous avons inclus uniquement des articles qualitatifs dans notre revue systématique.

2.1 Stratégie de recherche

Nous avons exploré les bases de données suivantes: PubMed, ERIC, PsycINFO, ScienceDirect, Wiley Online Library, Cochrane jusqu'au 26 janvier 2015.

Afin de rechercher des articles scientifiques sur les bases de données électroniques, nous avons élaboré une stratégie de recherche que nous avons déclinée pour les différentes bases de données consultées [Annexe I: Equations de recherche].

Cette stratégie combine des termes liés aux enfants et adolescents, filles et garçons, atteints de surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) et/ou d'obésité ($\text{IMC} \geq 30$):

Population: *child OR children OR teenager OR adolescent OR young people OR paediatric OR infancy AND obesity OR obese OR overweight OR body weight.*

Nous avons rajouté une combinaison de termes en lien avec l'activité physique:

Intervention: *physical activity OR physical training OR exercise OR participation OR motor activity OR locomotor activity.*

Nous avons complété notre stratégie avec une combinaison de termes en lien avec la stigmatisation et le comportement des éducateurs physiques:

Issues: *stigmatization OR stigma OR discrimination OR stereotype OR stereotyping OR distinction OR social exclusion OR victimization OR teasing OR bullying AND physical educator OR physiotherapy OR physical professor OR coach OR educational training OR practitioners OR trainer OR physical teacher attitude OR physical teacher comportment OR physical teacher behavior.*

Nous avons également utilisé les moteurs de recherche *Google Scholar* et *ResearchGate* pour parcourir la littérature grise et rechercher des articles n'ayant pas été publiés dans les moteurs de recherche précédemment cités.

2.2 Sélection des articles

La sélection des articles identifiés s'est déroulée en deux étapes. Pour chaque étape de notre sélection, afin d'optimiser la qualité de nos résultats, nous avons agi de manière indépendante avant de réunir nos résultats de sélection. Nous avons ainsi pu comparer nos décisions. En cas de divergences d'opinion, nous avons discuté et décidé ensemble de l'inclusion ou de l'exclusion des articles.

2.2.1 Sélection par titres, résumés et doublons

Les articles identifiés ont été répertoriés dans un tableau du programme Microsoft® Office Excel. Après avoir éliminé les doublons, nous avons sélectionné les articles sur la base de leurs titres et résumés.

2.2.1.1 Critères d'inclusion

Les articles devaient faire mention d'enfants stigmatisés à cause de leur poids (POPULATION), d'activités physiques (INTERVENTION) et de comportements d'éducateurs physiques, coaches ou autres professionnels du mouvement (ISSUE). Les articles dont la population et l'issue n'étaient pas assez précises ont été gardés et examinés dans leur version intégrale.

2.2.1.2 Critères d'exclusion

Nous avons exclu les articles suivants:

- les articles de revue et tous les textes qui n'étaient pas des articles scientifiques,
- les études écrites dans d'autres langues que le français, l'anglais, l'allemand et l'italien,
- les articles parus avant l'année 2005,
- les études traitant de l'impact de la stigmatisation et de l'obésité sur une autre pathologie (Diabète, VIH, Schizophrénie, Cancer, Asthme, Epilepsie, Hyperactivité, Boulimie, Anorexie, Alcoolisme, Maladies cardio-vasculaires),
- et les études évoquant la stigmatisation transportée par les médias, réseaux sociaux et l'industrie ont été écartés.

2.2.2 Sélection par lecture en texte intégral

Pour réaliser la seconde étape, nous avons sélectionné les articles par la lecture des textes intégraux. Pour effectuer la sélection, nous avons créé une grille de lecture [Annexe II: Grille de lecture par version intégrale]. Aux critères d'inclusion de la première étape, nous avons ajouté les critères suivants:

- les articles devaient parler du comportement stigmatisant de l'éducateur physique ou de son comportement face à la stigmatisation liée au poids. Cette attitude peut être relatée par l'éducateur, un enfant ou une personne externe,
- les sujets de l'étude devaient être: soit des enfants ou des adolescents, soit des éducateurs physiques,
- et les articles devaient être de type qualitatif.

La lecture des textes intégraux et de leurs références nous a permis de trouver des articles supplémentaires. Nous les avons obtenus par les moteurs de recherche *Google Scholar* et *ResearchGate*.

2.2.3 Evaluation de la qualité

Lors de la rédaction d'une revue systématique, l'évaluation de la qualité méthodologique des articles est un point indispensable (Barnett-Page & Thomas, 2009). Néanmoins, comme le notent Thomas & Harden (2008), cette étape est largement controversée en recherche qualitative et il n'existe actuellement pas de consensus. Selon ces auteurs, cette phase reste une étape clé dans une procédure de revue systématique. Etant donné les arguments divergents sur le bien-fondé de l'évaluation de la qualité des études, nous avons décidé d'effectuer cette étape afin de pondérer les résultats de notre travail, et non dans l'optique d'exclure des articles. Le déroulement de l'évaluation de la qualité s'est effectué de manière individuelle avant une mise en commun.

Nous avons choisi d'utiliser l'échelle Critical Appraisal Skills Programme (CASP) pour les études qualitatives (Lajerowicz, 2011). Elle a été construite par le « Public Health Ressource Unit » à Oxford. L'« International Centre for Allied Health Evidence » la décrit comme grille de contrôle donnant des critères méthodologiques pertinents dans l'évaluation de la qualité des études. Cette échelle identifie les faiblesses méthodologiques éventuelles pouvant remettre en doute la validité des résultats.

Avant d'évaluer la qualité des articles, nous avons analysé en binôme les différents items de l'échelle CASP. Nous nous sommes accordés sur la compréhension et sur

l'attribution du nombre de points par critère [Annexe III: Echelle CASP pour études qualitatives]. Nous avons fixé le nombre maximum de points à 10. L'interprétation du nombre de points est la suivante:

- Qualité insuffisante: 0-2 points
- Qualité suffisante: 3-4 points
- Qualité satisfaisante: 5-6 points
- Bonne qualité: 7-8 points
- Très bonne qualité: 9-10 points

2.3 Traitement des données

Pour notre recherche qualitative, nous avons choisi l'analyse thématique. Elle nous semble appropriée pour répondre à la problématique et à l'objectif de notre revue systématique. L'analyse thématique a pour but d'analyser des problématiques de santé basées sur des expériences et des points de vue d'individus (Thomas & Harden, 2008).

D'après la méthode de Thomas & Harden (2008), nous avons commencé notre analyse thématique par un codage « ligne après ligne » des articles qualitatifs. Nous avons pu faire ressortir des idées communes tout en agrémentant notre base de codes. L'étape a été réalisée de manière conjointe. Nous avons confronté nos idées et nos impressions jusqu'à obtenir un accord pour chaque code. Ensuite, selon Paillé & Mucchielli (2008), nous avons regroupé les codes pour construire les thèmes descriptifs en comparant leurs analogies ou leurs dissemblances. Dans le but de justifier le choix de ces codes et de ces thèmes, nous les avons constamment mis en parallèle avec notre objectif et notre question de recherche. Finalement, de ces thèmes descriptifs, nous avons dégagé des thèmes analytiques allant plus loin que le contenu des études. Cela nous conduit à la construction de ce que Paillé & Mucchielli (2008) appellent « l'arbre thématique » qui se trouve être une « description structurée et synthétique du contenu analysé » des études (Paillé & Mucchielli, 2012) [Annexe IV: Représentation schématique de l'arbre thématique]. Ces thèmes ont été rectifiés, regroupés ou scindés au fur et à mesure de notre réflexion jusqu'à parvenir à un accord. Nous avons finalement comptabilisé la récurrence des codes dans chaque article. Cette comptabilisation nous a permis de donner plus d'importance à certains codes. La subjectivité a une grande part dans cette ultime étape, car elle dépend de notre opinion et de notre représentation du sujet (Thomas & Harden, 2008).

3. Résultats

3.1 Résultats de la recherche électronique

Notre recherche booléenne nous a permis de rassembler 2267 articles. A la fin de notre sélection, nous avons pu inclure quatre études dans notre revue systématique. La figure 1 (Flow Chart de la sélection des articles) présente les étapes de sélection des articles.

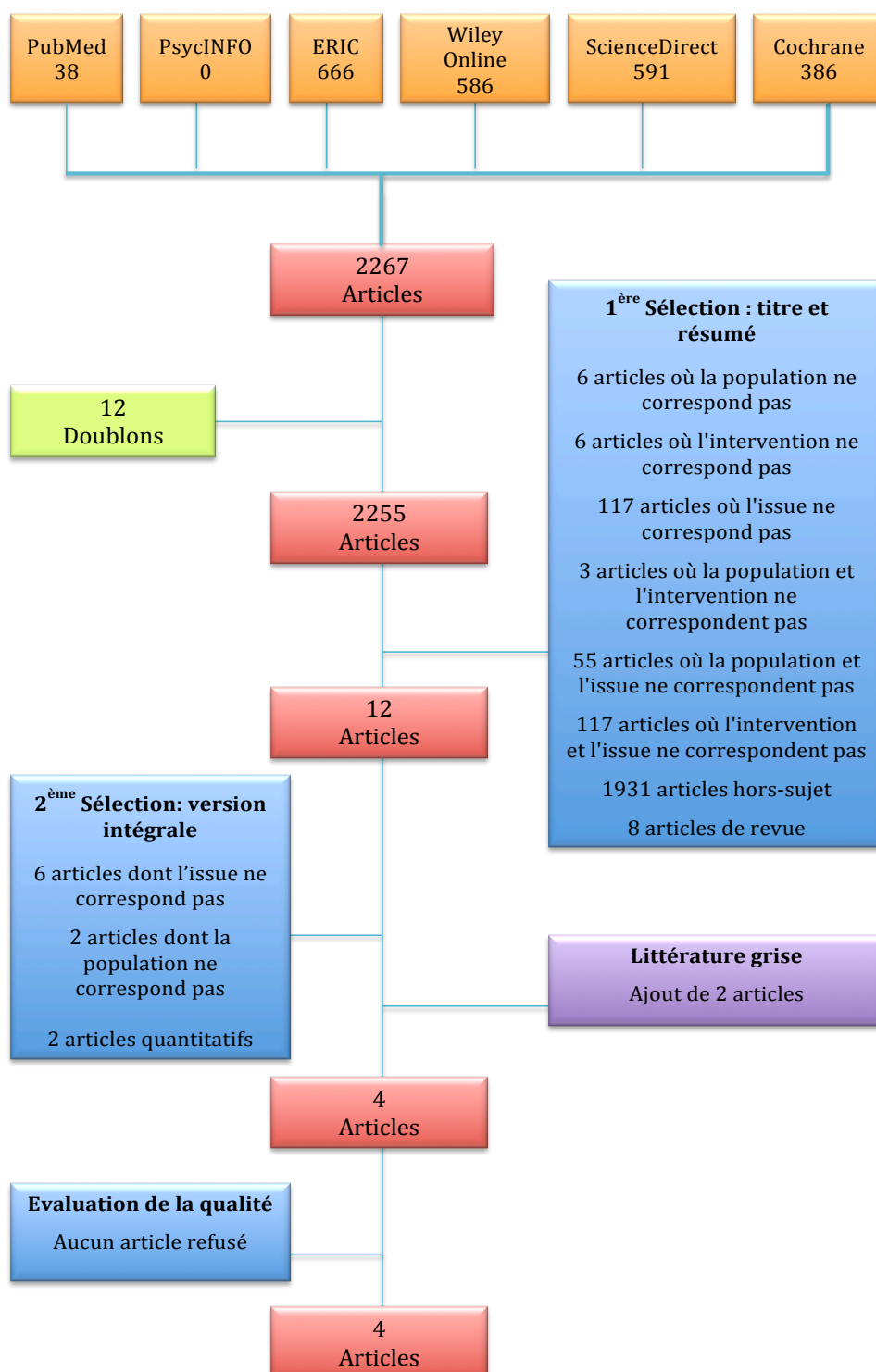


Figure 1: Flow Chart de la sélection des articles

3.1.1 Description des études sélectionnées

Les quatre études se sont déroulées dans des pays industrialisés, deux aux Etats-Unis, une au Royaume-Uni et une au Pays-Bas. La récolte des données s'est déroulée sous forme d'interviews formels, informels et semi-structurés. Le nombre total des participants de notre revue systématique s'élève à 96 et est constitué d'enfants et d'éducateurs physiques. Le sexe des participants est réparti de manière hétérogène. Les caractéristiques principales des études retenues sont décrites dans le tableau 2: Descriptif des études sélectionnées. Les caractéristiques détaillées de ces études se trouvent dans l'Annexe V: Résumé des études sélectionnées.

	Pays	Récolte des données	Objectifs de l'étude	Nombre de participants	♂ / ♀
Li, 2012	USA	Interviews semi-structurés	Examiner: a) la nature et l'occurrence des situations discriminatoires b) les implications psychologiques de ces discriminations	47 enfants	19/28
O'Connor, 2014	Royaume-Uni	Interviews formels, informels et observations	Découvrir les perceptions des enfants et des éducateurs physiques par rapport à la stigmatisation en EP*	4 éducateurs physiques 24 enfants	Educateurs: 2/2 Enfants: non différencié
Trout, 2009	USA	Interviews formels	Examiner les perceptions et les expériences d'enfants atteints d'obésité lors de l'EP	12 enfants	5/7
Van Amsterdam, 2012	Pays-Bas	Interviews semi-structurés	Explorer les pratiques de catégorisation et de normalisation des éducateurs physiques	9 éducateurs physiques	6/3

*EP: Education Physique

Tableau 2: Descriptif des études sélectionnées

3.2 Evaluation de la qualité

Les articles inclus dans cette revue systématique ont obtenu, lors de l'évaluation de la qualité, un score entre 7.5 et 9, soit une bonne qualité (Tableau 3: Evaluation de la qualité des articles à l'aide de l'échelle CASP). Pour trois articles sur quatre, les modalités d'analyse ne sont pas explicites et la relation entre l'enquêteur et l'objectif est absente. Deux études ont été soumises à des comités d'éthique et deux études ont uniquement demandé le consentement éclairé des participants.

	Objectifs clairs	Méthode qualitative appropriée	Schéma de l'étude	Sélection des participants	Recueil des données	Relation entre l'enquêteur et l'objectif	Ethique	Modalités d'analyse des données	Résultats clairs	Applications pour la pratique
Li, 2012	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+
O'Connor, 2014	+	+	+	+	+	-	+	?	+	+
Trout, 2009	+	+	+	+	+	+	?	?	+	+
Van Amsterdam, 2012	+	+	+	+	+	-	?	?	?	+

Point vert: critère présent Point jaune: critère partiellement présent Point rouge: critère absent

Tableau 3: Evaluation de la qualité des articles à l'aide de l'échelle CASP

3.3 Les comportements des éducateurs physiques

L'analyse thématique nous a permis d'extraire les données en trois thèmes analytiques:

- 1) Postures de l'éducateur physique face à des situations stigmatisantes,
- 2) Attitudes de l'éducateur physique,
- 3) Croyances et manque de connaissances des problématiques de l'obésité et de la stigmatisation.

3.3.1 Postures de l'éducateur physique face à des situations de stigmatisation

Les éducateurs physiques prennent différentes postures face aux situations de stigmatisation. Nous en avons mis deux en évidence: celles favorisant la stigmatisation et celles qui agissent contre la stigmatisation.

A. Favorise la stigmatisation

Plusieurs études ont mentionné des postures prises par les éducateurs physiques favorisant la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014). Ces derniers affirment que souvent, lors de situations discriminantes, les éducateurs physiques ignorent ou ne prêtent pas attention à ce qui se déroule (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014). Plusieurs enfants en surpoids relatent que les éducateurs ne perçoivent pas la situation stigmatisante (Li &

Rukavina, 2012b). Finalement, certains rapportent que les éducateurs physiques sont absents lors de ce genre de situations (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014). Les enfants ne se sentent ni protégés ni soutenus par leurs éducateurs physiques s'ils veulent parler des moqueries dont ils sont victimes. S'ils rapportent à l'éducateur la situation stigmatisante, ils se créent plus de problèmes encore (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014). Certains jeunes voient les éducateurs agir uniquement lors de stigmatisation physique (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014). Les moqueries verbales ne sont pas sanctionnées. Les professionnels ignorant la stigmatisation verbale rendent alors acceptable ce type de comportement (O'Connor & Graber, 2014). Il est aussi démontré que les éducateurs physiques privilégient souvent l'activité en cours (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014) et n'aident pas les enfants à régler la situation problématique occurrente. Les enfants ressentent ainsi devoir résoudre la situation eux-mêmes (O'Connor & Graber, 2014). Des enfants ont rapporté que certains éducateurs physiques se moquent ou rigolent lorsque des jeunes se font stigmatiser par des pairs (Li & Rukavina, 2012b).

B. Agit contre la stigmatisation

A l'inverse, les auteurs relatent aussi que les éducateurs physiques adoptent des postures agissant contre la discrimination des enfants atteints d'obésité ; ils ont le désir de lutter contre ces comportements (O'Connor & Graber, 2014) et veulent clarifier les situations (O'Connor & Graber, 2014). Afin d'agir contre ces comportements, les éducateurs confrontent et sensibilisent les jeunes (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014). Plusieurs éducateurs donnent des conseils aux victimes comme éviter ou ignorer les auteurs des moqueries (Li & Rukavina, 2012b). Des enfants soulignent que les éducateurs réprimandent en public les auteurs des moqueries dans le but d'avoir un impact sur le groupe entier (O'Connor & Graber, 2014).

3.3.2 Attitudes de l'éducateur physique

Nous avons pu distinguer quatre types d'attitudes stigmatisantes de la part des éducateurs physiques envers les enfants atteints de surpoids ou d'obésité. Ces attitudes ont été relatées par les enfants eux-mêmes ou par l'éducateur. Elles consistent en des préjugés négatifs, un langage stéréotypant, une mise à l'écart de ces enfants lors de l'AP et la création d'un environnement stigmatisant.

A. Préjugés négatifs

Trois types de préjugés ont été mis en évidence de la part de l'éducateur physique: des préjugés au niveau de la personnalité, des compétences sociales et de la capacité sportive de l'enfant en surpoids (Li & Rukavina, 2012b).

L'éducateur émet des jugements négatifs quant à la personnalité des enfants en surpoids (Li & Rukavina, 2012b). Les enfants rapportent que des mots tels que « *fainéant, paresseux, inactif, sans motivation* » leur sont adressés. L'éducateur physique emploie lui aussi ce vocabulaire, mais ceci est moins souvent relaté. Il fait plusieurs commentaires comme « *Tu ne fais pas assez d'exercices* », « *Tu ne te donnes pas à 100%* » (Trout & Graber, 2009; van Amsterdam, Knoppers, Claringbould, & Jongmans, 2012).

Les compétences sociales de l'enfant sont aussi l'objet de préjugés de la part des éducateurs. Ces derniers attribuent aux enfants une incapacité à entrer en contact avec leurs camarades (Li & Rukavina, 2012b). Les enfants en surpoids communiquent aux éducateurs physiques du dégoût et de la répulsion (van Amsterdam et al., 2012). Les éducateurs émettent aussi un jugement négatif face aux compétences de ces enfants à se défendre face aux autres (O'Connor & Graber, 2014).

Les éducateurs physiques démontrent clairement des attentes de performances physiques négatives envers les enfants atteints de surpoids et d'obésité. Pour savoir si un enfant est doué en sport, il suffit, selon certains éducateurs physiques, de connaître le poids de l'enfant. Ils relatent que les enfants atteints d'obésité n'ont aucune capacité physique, qu'ils sont faibles. Ils prétendent n'avoir aucune attente de performance envers ces enfants (van Amsterdam et al., 2012). Les enfants rapportent eux aussi être victimes de stigmatisation par rapport à leurs habiletés sportives. Certaines activités leur sont refusées, sous prétexte d'un manque d'habiletés (Li & Rukavina, 2012b).

B. Langage stéréotypant

Les éducateurs physiques ayant des préjugés vont exprimer ces stéréotypes de manière explicite et implicite (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009).

L'éducateur utilise un langage explicite lorsqu'il dit directement à l'enfant atteint d'obésité ce qu'il pense. Ces commentaires explicites (*direct comments*) sont blessants pour l'enfant. Plusieurs éducateurs émettent aussi des commentaires implicites. Ils n'ont

pas conscience des conséquences négatives de leurs remarques (Li & Rukavina, 2012b). Ces commentaires sont du type: « *tu aurais besoin de bouger, de faire cet exercice, cette activité est trop astreignante, c'est trop difficile pour toi* ». Ces observations sont perçues négativement par les jeunes (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009).

C. Mise à l'écart lors de l'activité physique

Plusieurs enfants en surpoids relatent être exclus par l'éducateur physique lors d'AP (Li & Rukavina, 2012b; van Amsterdam et al., 2012). Les éducateurs physiques approchent l'enfant atteint d'obésité moins facilement. Ils le tiennent à l'écart et lui refusent la participation à certaines activités, bien que l'enfant émette le désir d'y prendre part (van Amsterdam et al., 2012). L'attribution d'un rôle moins important au sein de l'activité est aussi rapportée et perçue par les enfants en surpoids comme une mise à l'écart (Li & Rukavina, 2012b). Ces jeunes relatent être souvent choisis en dernier dans les équipes (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009). Li & Rukavina (2012) concluent que cette exclusion des éducateurs décourage les enfants en surpoids à s'investir dans les AP.

D. Création d'un environnement favorisant la stigmatisation

Les enfants perçoivent les activités mettant en avant la comparaison sociale comme l'un des points principaux de la stigmatisation (O'Connor & Graber, 2014). Lors de ces exercices (fitness, course, appuis faciaux,...) l'éducateur fait aussi ressentir aux enfants que l'idéal est un corps athlétique (O'Connor & Graber, 2014; van Amsterdam et al., 2012). Ce type d'AP favorise les commentaires négatifs sur leurs performances physiques et sur leur aspect corporel (O'Connor & Graber, 2014). L'enfant se sent mal à l'aise par rapport aux autres (Li & Rukavina, 2012b). La visibilité de la performance auprès des autres est plus stigmatisante que le mauvais résultat lui-même (Trout & Graber, 2009).

La littérature indique que les éducateurs physiques ont connaissance de l'émergence de la stigmatisation lors d'AP agressives, mais continuent à choisir ce type d'AP lors de leurs cours. Certains affirment apprécier ce type d'activités (*dodgeball*, sorte balle aux prisonniers) où les enfants peuvent être pris comme cibles (O'Connor & Graber, 2014). Des éducateurs physiques punissent le groupe entier suite à la mauvaise performance d'un enfant en surpoids. Le groupe se venge sur l'enfant (Trout & Graber, 2009).

3.3.3 Croyances et manque de connaissances des problématiques de l'obésité et de la stigmatisation

Les éducateurs physiques sont à l'origine de comportements discriminants de par leurs croyances et leur manque de connaissances sur la santé, l'obésité et la stigmatisation.

A. « Les enfants sont responsables de leur obésité » : divergences d'opinions

Certains éducateurs soutiennent que les enfants ne sont pas responsables des défauts de leur corps. Selon eux, le corps est un « cadeau » reçu à la naissance que l'on ne peut modifier (Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012). A l'inverse, d'autres déclarent que chaque enfant est responsable de construire son corps pour atteindre un idéal de beauté (Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012). Les éducateurs physiques soutiennent que les enfants obèses sont responsables de leurs performances dans les différents domaines de l'EP (Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012). Les éducateurs physiques essaient de faire changer les enfants atteints d'obésité en s'appuyant sur les aspects qu'ils estiment malsains (van Amsterdam et al., 2012).

B. Obésité = anormalité

Dans l'étude de van Amsterdam et al. (2012), certains éducateurs physiques définissent la santé comme une absence de pathologie ou de handicap. D'autres la caractérisent par le fait d'être mince. Pour ces derniers, être mince véhicule la signification d'être normal. Dans ce sens, ils affirment qu'être obèse signifie être malsain et anormal (van Amsterdam et al., 2012). Deux études ont expliqué que des professionnels considèrent un corps avec une invalidité comme déviant (Li & Rukavina, 2012b; van Amsterdam et al., 2012). Finalement, il a été relaté que les éducateurs physiques utilisent uniquement des connaissances biophysiques afin de déterminer la santé de la personne (van Amsterdam et al., 2012).

C. « La stigmatisation ? Pas chez nous ! »

O'Connor & Graber (2014) ont mis en évidence que souvent, les éducateurs physiques n'ont pas connaissance de l'existence, dans leur établissement, de programmes de prévention contre la stigmatisation. Ils relatent que certains ne vouent pas d'intérêt à cette problématique. Les auteurs affirment que l'on surestime la capacité des éducateurs à traiter la problématique de la stigmatisation. Un mythe existe faisant croire que les

éducateurs physiques comprennent de manière intuitive comment combattre ces situations discriminantes sans y être entraînés (O'Connor & Graber, 2014).

3.3.4 Synthèse

De manière synthétique, les résultats se présentent sous trois thèmes analytiques permettant d'analyser les comportements des éducateurs physiques face à la stigmatisation des enfants atteints de surpoids ou d'obésité (Figure 2: Synthèse des résultats (A. Seghetto et B. Bontempelli, 2015)).

Les annexes VI, VII et VIII illustrent les arbres thématiques finaux des résultats [Annexe VI: Postures de l'éducateur physique face à des situations de stigmatisation], [Annexe VII: Attitudes de l'éducateur physique], [Annexe VIII: Croyances et manque de connaissances des problématiques de l'obésité et de la stigmatisation].

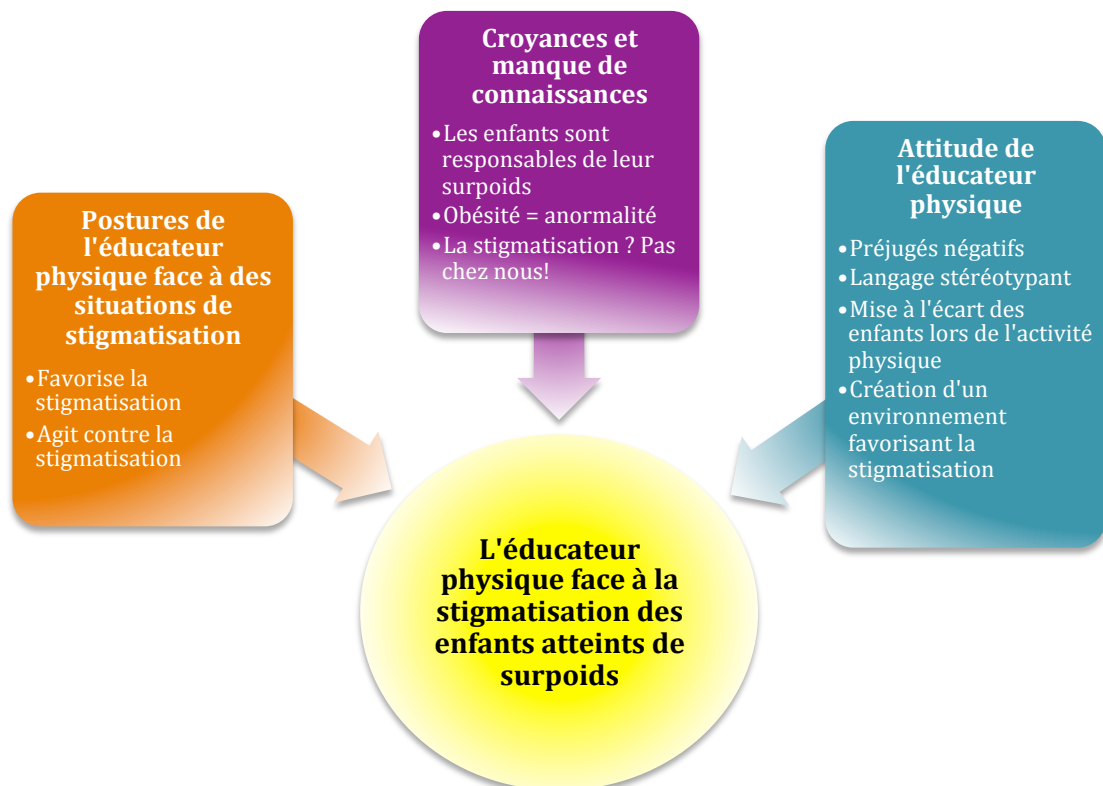


Figure 2: Synthèse des résultats (A. Seghetto et B. Bontempelli, 2015)

4. Discussion

4.1 Interprétation des résultats

Les résultats issus d'articles parus entre 2009 et 2014, attestent de l'actualité et de l'intérêt croissant pour ce sujet. Les résultats de notre revue systématique permettent l'élaboration de recommandations à l'intention des éducateurs physiques afin d'éviter la discrimination des enfants atteints de surpoids et d'obésité lors d'AP.

Trois thèmes contribuent à trouver des solutions et des stratégies pour éviter la stigmatisation de ces enfants lors d'AP: postures de l'éducateur physique face à des situations de stigmatisation, attitudes de l'éducateur physique, croyances et manque de connaissances des problématiques de l'obésité et de la stigmatisation. Nous allons discuter de ces thèmes en les comparant avec la littérature existante. Chaque thème nous mènera à l'élaboration de recommandations.

Postures de l'éducateur physique face à des situations de stigmatisation

Face à des situations de stigmatisation, l'éducateur physique adopte deux comportements: il favorise cette situation ou à l'inverse agit contre.

A. Favorise la stigmatisation

La posture la plus relevée favorisant la stigmatisation est l'ignorance (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014; J. L. Peterson, Puhl, & Luedicke, 2012). En ignorant la situation, le professionnel rend tolérable ce type de comportement (O'Connor & Graber, 2014). Parfois, l'éducateur physique se moque et rit de la situation (Li & Rukavina, 2012b). Nous avons le sentiment que l'éducateur approuve la situation en se comportant ainsi. Ne pas prêter attention contribue, selon nous, à la mise en place d'un climat stigmatisant. Irwin et al. (2003) certifient que contester un comportement stigmatisant fait partie intégrante des qualités que doit avoir un éducateur physique. Nous concluons que l'éducateur physique doit agir lors de telles situations. Il doit être conscient qu'il est nécessaire d'y prendre part activement et de les désapprouver. Une thèse prône même une intervention immédiate au moment des faits (Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), 2014).

Les éducateurs physiques agissent uniquement lors de stigmatisation physique et ignorent la stigmatisation verbale (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014).

Les éducateurs physiques trouvent la discrimination relationnelle moins sérieuse que les autres types (Bauman & Del Rio, 2006). Ces affirmations sont soutenues par Costley et al. (2014) qui affirment que les éducateurs interviennent moins en cas de discrimination relationnelle que physique. Cependant, cette étude affirme que les éducateurs physiques trouvent la stigmatisation verbale autant sérieuse que la stigmatisation physique (Costley et al., 2014). Quoi qu'il en soit, les enfants se sentent lésés par un vocabulaire discriminant (Li & Rukavina, 2012b). L'éducateur physique doit, pour nous, être plus attentif au vocabulaire utilisé lors de ses cours d'AP. Il doit agir dans toutes les situations de stigmatisation qu'elles soient verbales, relationnelles ou physiques.

Les résultats montrent que les enfants se sentent seuls pour résoudre une situation discriminante (O'Connor & Graber, 2014). Ils rapportent n'être ni protégés ni soutenus par les professionnels (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014). Nous pensons qu'un enfant ne se sentant pas soutenu aura le sentiment que le professionnel approuve la discrimination. L'approbation d'une telle situation est encore plus ressentie par les enfants lorsque les professionnels se moquent ou rigolent de la circonstance (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014). Pour nous, rigoler de la situation démontre que l'éducateur physique adhère et renforce la stigmatisation. Il nous paraît essentiel que l'éducateur physique soit un support aux victimes et les protège. La littérature insiste sur la nécessité d'offrir des stratégies et des outils aux éducateurs pour aider les enfants vulnérables à ces agressions (R. M. Puhl, Peterson, & Luedicke, 2013).

Li & Rukavina (2012) proposent que les éducateurs physiques aident les enfants en surpoids à développer des « *coping mechanisms* », « *ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des exigences internes ou externes dépassant les ressources d'un individu et vécues comme menaçantes* » (Lazarus & Folkman, 1984), permettant de se protéger des effets néfastes de la stigmatisation. Nous soutenons que les éducateurs physiques doivent donner un éventail de stratégies aux enfants atteints d'obésité pour se protéger de la stigmatisation. Une étude a entrepris des recherches sur les « *coping mechanisms* » pouvant être enseignés aux enfants atteints d'obésité. Voici des exemples de *coping mechanism*: le désengagement psychologique (s'éloigner des agresseurs, ignorer la situation en ne répondant pas), le support social (échanger avec l'enfant en surpoids, passer du temps avec lui, lui exprimer de l'attention), la confrontation (demander d'arrêter les moqueries, riposter),

la réduction du stress (se concentrer sur ses intérêts et des activités plaisantes, penser à autre chose), la protection de soi (se rassurer sur ses capacités, se parler positivement, faire des activités dans lesquelles on se sent à l'aise) et la compensation (prouver aux autres sa valeur en s'entraînant plus, faire de l'humour) (Li, Rukavina, & Wright, 2012).

B. Agit contre la stigmatisation

Nous avons dégagé plusieurs actions utilisées par les éducateurs luttant contre la discrimination. La punition et la confrontation montrent le désaccord du professionnel (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014). Selon nous, sa prise de position révèle aux enfants que stigmatiser un individu est intolérable. Sensibiliser les enfants aux conséquences de leurs actes nous semble la méthode la plus adéquate. Les jeunes comprendront ainsi les effets néfastes de la stigmatisation et se rendront compte de la souffrance engendrée. Cela nous paraît être une action plus pérenne que la punition.

Attitudes du professionnel

A. Améliorer la conscience des éducateurs physiques

Les auteurs recommandent d'améliorer la conscience des éducateurs sur leurs préjugés par rapport au poids (Neumark-Sztainer et al., 1999). Une autre étude révèle que les physiothérapeutes doivent être critiques sur leurs propres attitudes envers les individus atteints de surpoids ou d'obésité (Setchell et al., 2014).

Dans les articles sélectionnés ainsi que dans d'autres études, les éducateurs émettent des préjugés négatifs à l'encontre des jeunes atteints d'obésité (Greenleaf & Weiller, 2005; Li & Rukavina, 2012b; K. S. O'Brien et al., 2007; O'Connor & Graber, 2014; Savage, 1995; Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012). Selon nous, ces préjugés peuvent conduire l'éducateur physique à se concentrer uniquement sur ce que l'enfant atteint d'obésité ne peut pas accomplir.

Les éducateurs physiques ont des diminutions d'attentes touchant la personnalité et les compétences sociales. Elles visent aussi le raisonnement, la coopération, les habiletés et les capacités sportives des jeunes (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014; Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012). Les attributs négatifs sont plus virulents à l'encontre des filles que des garçons (Li & Rukavina, 2012b; J. Peterson et al., 2012). Ces dépréciations sont attestées par des études quantitatives (Fontana et al., 2013; Greenleaf & Weiller, 2005; J. Peterson et al., 2012).

Il a été conclu que maintenir des attentes diminuées quant aux habiletés physiques des jeunes en surpoids peut être problématique à la mise en place d'un programme d'EP efficace (Peters & Ruan, 2010). O'Brien et al. (2007) concluent que la formation des éducateurs physiques doit inclure des programmes de réduction des préjugés sur le poids. Nous estimons important que les éducateurs physiques se rendent compte des diminutions d'attentes dont ils font preuve. Une prise de conscience permettrait d'avoir des attentes similaires envers chaque enfant et de réduire la discrimination.

Plusieurs éducateurs physiques affirment vouloir lutter contre la stigmatisation (O'Connor & Graber, 2014). Cependant, nous recensons à plusieurs reprises des commentaires stéréotypant explicites et implicites à l'encontre des enfants atteints d'obésité. Par exemple, J. Peterson et al. (2012) relatent que les éducateurs physiques utilisent plus d'adjectifs positifs pour les enfants ayant un poids dans la norme.

Une récente étude a relaté que les physiothérapeutes démontrent plus souvent une stigmatisation explicite qu'implicite (Setchell et al., 2014). Les résultats montrent que les commentaires explicites affectent les enfants (Li & Rukavina, 2012b). Nous estimons que les commentaires implicites sont autant blessants. Souvent, les personnes ne sont pas conscientes que certaines remarques sont stigmatisantes (Neumark-Sztainer et al., 1999). Les personnes désirant aider font des commentaires implicites qui peuvent être contreproductifs aux efforts de gestion du poids (Vartanian & Shaprow, 2008). Les auteurs parlent de conséquences négatives des remarques implicites (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009). Les remarques sont des conseils: « tu aurais besoin de bouger, de faire cet exercice » ou des sous-estimations « cette activité est trop astreignante, c'est trop difficile pour toi » (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009). Ils montrent la tendance des éducateurs à trouver les enfants en surpoids fainéants. Nous trouvons essentiel que les éducateurs soient sensibilisés à l'utilisation et aux conséquences des remarques implicites et explicites. Il est nécessaire de comprendre que les remarques implicites sont tout autant blessantes que les explicites.

B. Favoriser un climat motivationnel

Une recommandation ressortie des textes inclus est de favoriser un climat motivationnel afin de diminuer la stigmatisation liée au poids (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014; Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012). Le climat motivationnel comprend une mise en confiance de l'enfant par rapport à ses potentiels

et ses performances (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009). Il doit se sentir compris et protégé (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014; Trout & Graber, 2009). Il est essentiel pour les enfants atteints de surpoids de posséder une confiance en soi solide pour dépasser les barrières de la stigmatisation. L'éducateur physique doit les soutenir dans cette tâche (Irwin, Symons, & Kerr, 2003; Li & Rukavina, 2012b).

L'éducateur physique doit aider l'enfant à reconnaître ses potentiels (Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012) et à créer des objectifs individualisés. Il doit être un support pour les atteindre (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009). Il est nécessaire qu'il favorise leur auto-efficacité (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009). L'éducateur physique doit créer des opportunités de succès pour les jeunes (Trout & Graber, 2009). Li et Rukavina (2012a) proposent d'encourager les enfants atteints d'obésité à explorer les AP dans lesquelles ils sont bons ou meilleurs que leurs pairs. Deux autres études confortent cette idée en affirmant qu'améliorer l'apprentissage personnel et récompenser les efforts fournis pourrait augmenter le sentiment d'auto-efficacité (A. Cox & Williams, 2008; Crombie, Brunet, & Sabiston, 2011; Holloway, Beuter, & Duda, 1988).

Les éducateurs physiques doivent favoriser la coopération et le « *Prosocial Behavior* » (« *actions volontaires pour aider d'autres personnes et leur apporter un avantage ou un bien-être* » (Penner, Dovidio, Piliavin, & Schroeder, 2005)) (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014). L'empathie incite les personnes à avoir des comportements prosociaux et diminue la stigmatisation (Fontana et al., 2013; Gano-Overway, 2013). Orpinas & Horne (2006) soutiennent cela en affirmant que l'augmentation d'engagement dans les comportements prosociaux dépend de la qualité du climat durant l'EP. D'autres études, au contraire, ont montré que l'évocation de l'empathie est infructueuse pour changer les comportements négatifs à l'égard des enfants en surpoids (Bell & Morgan, 2000; Teachman, Gapinski, Brownell, Rawlins, & Jeyaram, 2003).

Les résultats trouvés prétendant que les enfants atteints d'obésité sont mis à l'écart lors de l'AP sont confirmés par d'autres auteurs dans la littérature (Curtis, 2008; K. R. Fox & Edmunds, 2000). Cette mise à l'écart est renforcée par les éducateurs physiques lorsqu'ils excluent les enfants de certaines activités ou leur attribuent un rôle moins important (Li & Rukavina, 2012b; van Amsterdam et al., 2012). Même si l'intention est d'aider l'enfant, l'éducateur physique le met à part. Au contraire, les enfants obèses

doivent être inclus lors des AP (Li & Rukavina, 2012a) et nous pensons que les éducateurs physiques ne doivent pas leur donner un rôle moins important.

L'exclusion lors de l'AP décourage l'enfant atteints de surpoids à s'engager activement lors des AP (Li & Rukavina, 2012a). Des auteurs affirment, qu'ils seront moins actifs (Nansel et al., 2001; Wang, Iannotti, & Nansel, 2009). Selon nous, ces éléments entretiennent les préjugés tel que « les enfants atteints d'obésité sont inactifs et ne sont pas motivés ». Il ne leur est pas permis de participer activement, même s'ils le désirent. L'éducateur doit établir des normes d'égalité et d'acceptation afin de donner une chance aux enfants d'être inclus dans les AP (Rukavina & Li, 2008).

Le plaisir des jeunes durant l'AP ne doit pas être oublié (National Association for Sport and Physical Education, 1998; O'Connor & Graber, 2014; Trout & Graber, 2009). Le plaisir éprouvé durant l'AP, plus que la recherche de la performance d'élite, améliore le bien-être et la santé physique (K. S. O'Brien et al., 2007).

C. Mettre en place un climat rassurant

Les auteurs des articles sélectionnés ainsi que d'autres prônent la mise en place d'un climat rassurant pour les enfants atteints d'obésité (Gredler, 2003; Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014; J. Peterson et al., 2012; Trout & Graber, 2009).

Deux études affirment que lorsque les enfants perçoivent un climat rassurant, ils sont plus enclins à comprendre l'émotion des camarades (Langdon & Preble, 2008; Roland & Galloway, 2002). Nous pensons qu'un tel climat peut améliorer les relations avec les enfants atteints de surpoids, leur intégration et diminuer les préjugés sur le poids.

Les AP mettant en avant la comparaison sociale favorisent les commentaires négatifs des performances physiques et de l'aspect corporel des enfants atteints de surpoids ou d'obésité (O'Connor & Graber, 2014). Nous estimons que les activités mettant en avant la visibilité du corps et les capacités physiques à la vue des autres sont propices à la stigmatisation et au mal être de l'enfant atteint de surpoids. Le fitness, la course, les sauts et les appuis faciaux sont explicités dans nos résultats comme favorisant la comparaison sociale (O'Connor & Graber, 2014; van Amsterdam et al., 2012). Les éducateurs physiques doivent connaître ces activités. Nous recommandons qu'ils adaptent les exercices pour que la visibilité des enfants atteints de surpoids soit diminuée. Lors d'activités de course, Trout & Graber (2009) proposent, par exemple, de

faire des départs à différents intervalles de manière à rendre la performance moins visible. Dans la même optique, Irwin, Symons & Kerr (2003) suggèrent de mettre en place des postes d'exercices lors des évaluations. Ces stations permettent à l'enfant d'être évalué sans être observé par ses camarades. L'adaptation des activités passe par la proposition d'exercices divers (SHAPE America - Society of Health and Physical Educators, 2010) ainsi que par la possibilité donnée aux enfants de choisir l'activité dans laquelle ils se sentent compétents et capables de faire bonne impression (Carlson, 2010). Crombie et al. (2011) proposent d'occuper tous les enfants pour éviter les spectateurs et de changer les groupes régulièrement. Des encouragements aux enfants doivent être prononcés pour les aider à se concentrer sur leurs performances plutôt que sur la comparaison aux autres camarades (Trout & Graber, 2009).

Les éducateurs doivent donner aux enfants atteints de surpoids ou d'obésité l'opportunité d'essayer de nouvelles activités qu'ils sont susceptibles d'apprécier et dans lesquelles, ils pourraient découvrir leurs habiletés (Brooks & Magnusson, 2006).

Dans la même optique que la recommandation précédente, les auteurs préconisent d'adapter les AP pour éviter la stigmatisation (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014; Trout & Graber, 2009). Dans les articles sélectionnés, nous en relevons un qui prône l'activité physique en coopération (Li & Rukavina, 2012b) et un autre qui propose de faire des activités plutôt individuelles (Trout & Graber, 2009). Nous pensons que la littérature penche davantage vers la coopération. Crombie et al. (2011) affirment que les activités de coopération minimisent les risques qu'un enfant compare ses performances avec les autres.

Les activités d'aventure (VTT, équitation, raquettes à neige) sont aussi préconisées pour améliorer l'estime de soi des enfants atteints de surpoids ou obésité (Priest & Gass, 2005). Les activités « *task-oriented* » sont aussi proposées par Trout & Graber (2009). Ces activités sont non-compétitives, augmentent potentiellement l'auto-efficacité et le temps durant lequel les enfants obèses sont actifs (Hebert, Landin, & Solomon, 2000). Les éducateurs physiques peuvent proposer des activités individualisées dans lesquelles les enfants peuvent choisir le niveau de difficulté et le type de matériel afin d'améliorer leurs capacités (Li & Rukavina, 2012a). Nous soutenons que ces activités favorisent l'intégration des enfants atteints de surpoids ou d'obésité.

Les AP agressives favorisent aussi la stigmatisation (O'Connor & Graber, 2014). Cette étude conclut qu'il est important d'éviter les jeux ayant pour cible l'être humain

(*human-target games*) comme la balle aux prisonniers (*dodgeball*) et les jeux favorisant l'agressivité. Il est pour nous important que l'éducateur physique limite les AP agressives et celles ayant pour cible l'être humain. Il doit être attentif face à la stigmatisation plus présente lors de ce type d'AP.

Les enfants relatent aussi être souvent choisis en dernier lors de la formation d'équipes (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009). Il nous semble que laisser les enfants choisir les équipes contribue aussi à exclure l'enfant obèse. Nous émettons l'hypothèse qu'il serait plus judicieux que l'éducateur physique choisisse lui-même les équipes ou qu'un tirage au sort soit réalisé. De cette manière, l'hétérogénéité, particulièrement au niveau du statut corporel, éviterait la stigmatisation par des groupes formés suivant le poids ou l'apparence (Crombie et al., 2011).

Les enfants atteints d'obésité relatent être toujours au-dessous de la moyenne lors des tests (Trout & Graber, 2009). Cet aspect souligne la nécessité de développer des dispositifs impliquant les éducateurs physiques, pour la mise en place de modes d'évaluation spécifiques (Tibère, 2007). Nous pensons que l'évaluation basée uniquement sur les performances physiques engendre la comparaison sociale et que d'autres moyens d'évaluation pourraient être enseignés aux éducateurs physiques. Les évaluations pourraient se concentrer sur la progression de l'enfant et sur sa propre technique plutôt que sur le résultat (Crombie et al., 2011). Elles pourraient aussi être fixées par les étudiants eux-mêmes qui décideraient de leur niveau de difficulté et évalueraient leur progression (Mosston & Ashworth, 1994).

Les résultats montrent que des éducateurs physiques punissent la classe suite à la mauvaise performance d'un enfant obèse (Trout & Graber, 2009). Nous prétendons que l'utilisation de la punition lors de faibles performances physiques est victimisante. Nous pensons que ce processus contribue au maintien de la discrimination des enfants en surpoids. Leurs camarades risquent de leur en vouloir. Non seulement l'enfant se retrouve en situation d'échec malgré lui, mais de plus, il se fait punir. Nous estimons qu'aucun éducateur physique n'a le droit de punir un enfant à cause de sa performance physique. Il nous semble indispensable que les éducateurs physiques comprennent qu'une telle punition ne contribue pas à l'amélioration des performances de l'enfant.

Croyances et manque de connaissances des problématiques de l'obésité et de la stigmatisation

Nous pensons important, pour lutter contre la stigmatisation, de réduire avant tout les préjugés sur l'obésité. Nous proposons ici plusieurs axes sur lesquels agir.

Le manque de connaissances des problématiques du surpoids, de l'obésité et de la stigmatisation s'exprime par des divergences d'opinions quant à la responsabilité des enfants de leur aspect corporel et des aptitudes de leur corps. En effet, certains éducateurs soutiennent que les enfants sont responsables des défauts de leur corps alors que d'autres définissent le corps comme un « cadeau » reçu à la naissance (Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012). Les éducateurs ne sont pas non plus unanimes sur la définition de la santé. Certains éducateurs confondent l'obésité et l'anormalité. Ils décrivent le corps ayant une invalidité comme déviant (van Amsterdam et al., 2012). Ceci est soutenu par Rich & Evans (2005) qui affirment que les éducateurs physiques relient la minceur avec une bonne forme et une bonne santé. Même les physiothérapeutes peinent à différencier le surpoids de l'obésité (Sack, Radler, Mairella, Touger-Decker, & Khan, 2009).

Les idées reçues prétendant que l'enfant est l'unique responsable de son obésité et de sa santé exacerbent les stéréotypes sur l'obésité (Kerry S. O'Brien, Puhl, Latner, Mir, & Hunter, 2010). Une réduction de la responsabilité de l'obésité et du contrôle personnel du poids aiderait à diminuer les préjugés négatifs sur l'obésité (C. S. Crandall, 1994; Hague & White, 2005; Rukavina & Li, 2008). Crandall (1994) est persuadé que l'obésité n'est pas attribuée à un manque de contrôle, mais à des facteurs génétiques et incontrôlables. Les physiothérapeutes, eux, pensent que les facteurs comportementaux de l'individu sont des causes de l'obésité plus importantes que la génétique et les facteurs métaboliques. A cause de leur expertise dans la promotion de l'AP, ils imputent l'obésité à un manque d'AP (Sack et al., 2009). Comprendre que l'obésité est une pathologie multifactorielle est important (Sack et al., 2009). Les éducateurs devraient être formés à une culture de tolérance et d'acceptation (Li & Rukavina, 2012a).

Nous concluons, comme le relèvent plusieurs auteurs (Greenleaf et al., 2008; Rukavina & Li, 2008) qu'il est important de former les éducateurs physiques à la problématique de l'obésité. Il serait judicieux, d'après nous, que les physiothérapeutes soient davantage sensibilisés à cette problématique lors de leur formation.

Nous pensons qu'une meilleure connaissance de l'étiologie de l'obésité permettrait d'éviter les attitudes négatives envers les enfants atteints de surpoids. Plusieurs études

soutiennent cela afin d'éviter les préjugés négatifs envers les adultes en surpoids (C. S. Crandall, 1994; DeJong, 1980; Kerry S. O'Brien et al., 2010; Wiese, Wilson, Jones, & Neises, 1992). D'autres affirment qu'il n'y a pas, malgré une amélioration des connaissances sur les causes de l'obésité, de diminution des préjugés envers les individus atteints d'obésité (Anesbury & Tiggemann, 2000; Teachman et al., 2003).

Des cours sur la santé doivent être délivrés aux éducateurs physiques (J. Peterson et al., 2012). Les éducateurs doivent prendre conscience que la santé ne se réduit pas à la minceur, mais qu'elle englobe une dimension biopsychosociale. L'apprentissage de ces notions permettrait d'éviter certains stéréotypes sur les enfants en surpoids.

Plusieurs auteurs relèvent qu'il est important de former les éducateurs physiques à la problématique de la stigmatisation liée au poids (Greenleaf et al., 2008; Rukavina & Li, 2008). Les éducateurs ignorent l'existence des programmes de prévention contre la stigmatisation et ne possèdent pas d'attrait particulier pour cette problématique (O'Connor & Graber, 2014). Trout & Graber (2009) signalent qu'être informé de la littérature peut aider les éducateurs à comprendre la vie d'une personne souffrant d'obésité. Les enfants et adolescents en surpoids rapportent avoir une qualité de vie similaire à celle d'un enfant atteint d'un cancer. De telles informations pourraient stimuler l'intérêt des éducateurs à s'occuper efficacement des enfants atteints de surpoids (Irwin et al., 2003; Schwimmer, Burwinkle, & Varni, 2003).

Dans certaines situations, les éducateurs physiques utilisent la honte et le blâme pour essayer de discipliner et responsabiliser l'enfant quant à son aspect corporel (Leahy, 2009). Des programmes de prévention contre l'obésité aux États-Unis, en Australie ou au Royaume-Uni approchent les personnes atteintes d'obésité par la honte pour essayer de changer leurs comportements (Betts, 2010; Trigg, 2010; Vartanian & Smyth, 2013). Même si Ogden & Clementi (2010) et Shapiro et al. (1987) ont reporté des changements de comportements ou des améliorations de la motivation en utilisant cette méthode, nous estimons, comme Carels et al. (2009) que cette stratégie n'est pas adaptée. L'usage de ce genre de stratégies influence négativement la motivation à faire de l'AP (Vartanian & Novak, 2011). Selon nous, l'usage du blâme et de la honte met en lumière la différence de l'enfant atteint de surpoids et renforce la stigmatisation. Bauer et al. (2006) affirment que l'utilisation de la stigmatisation par rapport au poids peut être une barrière au développement d'un style de vie actif et sain.

Nous affirmons que le blâme et la honte ne doivent pas être utilisés pour changer les comportements d'un enfant atteint de surpoids ou d'obésité. Les éducateurs physiques doivent valoriser leurs capacités. Nous pensons que l'enseignement et l'acceptation de la différence doit être à la base des programmes luttant contre la stigmatisation.

4.2 Implications pour la pratique

Les résultats de ce travail s'adressent à tous les éducateurs physiques travaillant avec des enfants et adolescents (physiothérapeutes, coaches sportifs, entraîneurs sportifs). Etant les seuls à délivrer des opportunités d'AP à des enfants de tout âge, les éducateurs physiques sont les plus exposés à l'augmentation du taux d'enfants atteints d'obésité (Peters & Ruan, 2010). Il est donc très intéressant de leur fournir des outils et des stratégies pour lutter contre la stigmatisation des enfants atteints de surpoids.

Ce travail peut, par ailleurs, être d'une grande utilité aux professionnels de la Santé. Les physiothérapeutes, par exemple, stigmatisent leurs patients à cause du poids (Setchell et al., 2014). Ils font partie des acteurs discriminatoires puisque des différences ont été perçues au niveau des prises en charges durant les traitements (temps, moyens de traitement, accès au traitement, prévention) (Swift et al., 2013).

Nous avons pu donner un grand nombre de recommandations à l'adresse des éducateurs physiques pour éviter la stigmatisation des enfants atteints de surpoids ou d'obésité.

Six axes principaux sortent de ce travail et édifient les bases de ces recommandations:

1. Prendre part activement lors de situations stigmatisantes,
2. Aider les enfants à se protéger de la stigmatisation,
3. Favoriser un climat motivationnel (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014; Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012),
4. Mettre en place un climat rassurant lors des AP (Gredler, 2003),
5. Améliorer la conscience des éducateurs physiques sur leurs préjugés par rapport au poids (Neumark-Sztainer et al., 1999),
6. Améliorer les connaissances des éducateurs physiques sur la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité.

Ces recommandations, ayant pour but d'aider l'éducateur physique à agir contre la stigmatisation de l'enfant en surpoids lors d'AP, sont présentées et explicitées dans l'Annexe IX: Liste des recommandations. Notre liste fournit des recommandations que

les éducateurs physiques peuvent directement mettre en pratique lors d'AP. Elle fournit aussi des recommandations à inclure dans les formations des éducateurs physiques.

4.3 Autocritique de notre travail

Après avoir identifié les recommandations s'appliquant aux éducateurs physiques, nous allons présenter ci-dessous les points forts et les limites identifiés dans notre travail.

Notre revue systématique est la première présentant des recommandations pratiques pour éviter la stigmatisation des enfants atteints de surpoids ou d'obésité lors d'AP.

Un grand nombre d'articles concernant la stigmatisation et l'obésité chez les enfants est publié. Maîtrisant le français, l'allemand, l'anglais et l'italien, les articles sélectionnés s'appliquent donc essentiellement à des individus de type caucasien qui, comme vu dans l'introduction, sont les plus touchés par la stigmatisation. Grâce à ces quatre langues, nous couvrons une majorité des articles publiés. Nous restons conscients qu'il est probable que les résultats de cette revue systématique ne s'appliquent pas à d'autres contextes culturels. Nous envisageons que des articles répondant à notre question de recherche ont pu être publiés dans d'autres langues.

Le nombre d'articles récoltés initialement constitue un point fort et une limite de notre revue. En effet, avec 2267 articles, nous pensons avoir analysé une partie importante de la littérature parlant du sujet de la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité lors d'activités physiques. Cet échantillon, de par sa taille et la récence de ses études, donne de la valeur à notre travail.

Les articles traitant du sujet étant fort nombreux, il était probable de passer à côté d'articles correspondant à notre question de recherche. La méthodologie de notre travail a permis de pallier à cette limite. Le tri et l'évaluation de la qualité ont été réalisés dans un premier temps de manière indépendante. Nous avons ensuite mis en commun et confronté nos choix avant de sélectionner les articles répondant à notre question. Il est toutefois possible qu'une étude ait pu être omise.

L'analyse qualitative était nouvelle pour nous. Au début de notre travail, nous n'avions que peu de connaissances sur la recherche qualitative. Nous avons dû nous renseigner sur la méthodologie et la comprendre pour pouvoir l'appliquer à notre question de recherche. Nous avons le sentiment d'avoir mené à bien l'analyse qualitative tout en sachant que, étant novices, nous avons pu commettre des erreurs. Cependant, avoir réalisé un type d'analyse que l'on ne maîtrisait pas, nous a permis de procéder sans

habitude et de ne pas négliger certaines étapes. La méthodologie a tout de même été difficile car nous devons procéder par étapes, sans avoir une vision de la version finale.

La qualité des articles retenus constitue une force de notre travail. Les quatre études se sont révélées être de bonne qualité. La rigueur des auteurs donne de la force à notre revue systématique. Toutefois, la relation entre l'enquêteur et l'objectif de l'étude n'a pratiquement jamais été considérée dans les études. Les données contradictoires n'ont été prises en compte dans l'analyse par aucun des auteurs. Ces deux éléments nous auraient assurément permis de nuancer certains résultats.

Nous restons conscients que l'analyse qualitative se base sur des interprétations personnelles différentes d'un chercheur à l'autre, selon ses connaissances. Dans la méthodologie qualitative, une part importante de subjectivité réside. Il est possible que lors de l'interprétation des résultats, ayant réalisé la majorité de cette partie ensemble, nous ayons manqué de distance critique.

Notre revue systématique comprend quatre articles. La population de notre revue regroupe 96 sujets. Nous sommes conscients que cela puisse représenter une limite de notre travail. Un échantillon plus conséquent donnerait plus de fiabilité aux résultats.

Les recommandations de la littérature se présentent de manière théorique. A notre connaissance, ni une mise en pratique ni une évaluation prouvant leur efficacité n'ont été réalisées. Cependant, nous affirmons que les recommandations de la littérature et celles que nous avons interprétées vont dans la même direction. Cela nous laisse penser qu'elles sont valables d'un point de vue pratique.

4.4 Pistes pour de futures recherches

Ce travail fournit un premier pas dans l'exploration du comportement des éducateurs physiques face à la stigmatisation. Une littérature importante existe sur cette problématique. Malgré cela, très peu d'études qualitatives sont réalisées sur le comportement stigmatisant des éducateurs. La concrétisation d'études qualitatives supplémentaires sur ce sujet est une piste intéressante pour des recherches futures.

Nous pensons, comme le proposent Puhl et al. (R. M. Puhl, Schwartz, & Brownell, 2005), que l'étape suivante de ce travail consiste à étudier les méthodes nécessaires à la mise en place pratique des recommandations. Par la suite, elles devraient faire l'objet d'une étude d'intervention afin de tester leur véritable efficacité sur la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité. Finalement, ces recommandations, si elles s'avèrent efficaces, devraient donner matière au développement d'un projet à l'échelle nationale, voire internationale.

Des recherches supplémentaires devraient se concentrer sur la manière de mettre en place des formations sur les thématiques de l'obésité et de la stigmatisation destinées aux éducateurs physiques. Plusieurs propositions sont à étudier: dossier à lire par les éducateurs, visionnement de vidéos sur la vie d'enfants ou d'individus atteints d'obésité, échanges avec des enfants atteints d'obésité ou cours dispensés lors de séminaires.

La création d'un répertoire des mots utilisés par les enfants (« je suis triste, je ne veux plus faire d'AP, je ne me sens pas bien, mal apprécié, ennuyé, je ne dors pas, je suis gros et moche » (Li & Rukavina, 2012b)) pour décrire leur mal-être suite aux expériences stigmatisantes pourrait faire l'objet d'un approfondissement. Un tel document pourrait sensibiliser les éducateurs quant aux méfaits de la stigmatisation et susciter davantage leur intérêt à cette problématique.

Des résultats quantitatifs ont aussi révélé des différences de comportements de la part des éducateurs face au sexe de l'enfant en surpoids. Dans l'optique d'avoir des recommandations plus précises, il serait utile de mettre en évidence les différences entre les sexes au sein de ces recommandations.

Il serait pertinent que de futures recherches s'intéressent à cette problématique en distinguant les diverses tranches d'âge. Même si nous pensons que beaucoup de recommandations resteront semblables, des ajustements et de nouvelles recommandations pourraient ressortir. Cependant, vu le manque de littérature, il est actuellement difficile d'effectuer une telle étude. Dans la même optique, un travail similaire serait nécessaire pour les adultes.

Les acteurs tels que les médias, les réseaux sociaux et l'industrie ont un rôle important sur les idéaux corporels transmis (Latner, Rosewall, & Simmonds, 2007; Makara-Studzińska et al., 2013). L'impact qu'ils ont sur la stigmatisation des jeunes atteints de surpoids ou d'obésité devrait faire l'objet de recherches supplémentaires afin de réduire les préoccupations des jeunes quant à leur image corporelle.

5. Conclusion

Cette revue systématique qualitative analyse les comportements des éducateurs physiques face à la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité afin d'en déduire des recommandations. A la suite des recherches réalisées sur les bases de données PubMed, ERIC, PsycINFO, ScienceDirect, Wiley Online Library et Cochrane, et dans la littérature grise, quatre articles répondaient à notre question de recherche.

A partir de ces quatre études, nous avons pu mettre en évidence des recommandations que les éducateurs physiques peuvent directement mettre en pratique lors d'AP. Nous avons aussi décelé des recommandations à inclure dans les formations des éducateurs physiques. Voici les axes sur lesquels les éducateurs physiques peuvent se baser pour lutter contre la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité lors d'AP:

1. Prendre part activement lors de situations stigmatisantes,
2. Aider les enfants à se protéger de la stigmatisation,
3. Favoriser un climat motivationnel (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014; Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012),
4. Mettre en place un climat rassurant lors des AP (Gredler, 2003),
5. Améliorer la conscience des éducateurs physiques sur leurs préjugés par rapport au poids (Neumark-Sztainer et al., 1999),
6. Améliorer les connaissances des éducateurs physiques sur la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité.

Nous restons conscients que des revues systématiques de bonne qualité sont indispensables dans le but de confirmer la validité des recommandations proposées sur ce thème dont la santé publique se soucie.

Cette revue systématique, de par ses implications pratiques, est utile à des éducateurs physiques et des professionnels de la Santé, car ils sont en première ligne dans la « guerre contre l'obésité » (Devlin, Yanovski, & Wilson, 2000; Rebecca Puhl & Brownell, 2003). Une guerre contre l'obésité, et non contre les personnes atteintes d'obésité.

6. Bibliographie

- Aeberli, I., & Murer, S. (2013). *Fréquence du surpoids et de l'obésité chez les enfants suisses en âge de scolarité : une analyse de tendance de 1999 à 2012*. Presented at the Partage de savoir MOSEB. Retrieved from http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07878/index.html?lang=fr
- Ali, M. M., Amialchuk, A., & Rizzo, J. A. (2012). The influence of body weight on social network ties among adolescents. *Economics and Human Biology*, *10*(1), 20–34. <http://doi.org/10.1016/j.ehb.2011.10.001>
- Ali, M. M., Rizzo, J. A., & Heiland, F. W. (2013). Big and beautiful? Evidence of racial differences in the perceived attractiveness of obese females. *Journal of Adolescence*, *36*(3), 539–549. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.03.010>
- Ames, C. (1992). Classrooms: Goals, structures, and student motivation. *Journal of Educational Psychology*, *84*(3), 261–271. <http://doi.org/10.1037/0022-0663.84.3.261>
- Anesbury, T., & Tiggemann, M. (2000). An attempt to reduce negative stereotyping of obesity in children by changing controllability beliefs. *Health Education Research*, *15*(2), 145–152.
- Association pour la santé publique du Québec (ASPQ). (2014). *La stigmatisation à l'égard du poids et ses conséquences sur la santé mentale des jeunes : un obstacle à l'adoption de saines habitudes de vie*. Québec. Retrieved from <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/2014-11-30.4-Memoire.pdf>
- Association Suisse pour l'Etude du Métabolisme et de l'Obésité. (2006, November). Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II. Retrieved from http://gito-ge.ch/wp-content/uploads/2015/02/consensus2_f.pdf
- Barnett-Page, E., & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Medical Research Methodology*, *9*(1), 59. <http://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59>
- Bauer, K. W., Patel, A., Prokop, L. A., & Austin, S. B. (2006). Swimming upstream: faculty and staff members from urban middle schools in low-income communities describe their experience implementing nutrition and physical activity initiatives. *Preventing Chronic Disease*, *3*(2), A37.
- Bauer, K. W., Yang, Y. W., & Austin, S. B. (2004). “How Can We Stay Healthy when you’re Throwing All of this in Front of Us?” Findings from Focus Groups and Interviews in Middle Schools on Environmental Influences on Nutrition and Physical Activity. *Health Education & Behavior*, *31*(1), 34–46. <http://doi.org/10.1177/1090198103255372>
- Bauman, S., & Del Rio, A. (2006). Preservice teachers’ responses to bullying scenarios:

- Comparing physical, verbal, and relational bullying. *Journal of Educational Psychology*, 98(1), 219–231. <http://doi.org/10.1037/0022-0663.98.1.219>
- Bell, S. K., & Morgan, S. B. (2000). Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: does a medical explanation for the obesity make a difference? *Journal of Pediatric Psychology*, 25(3), 137–145.
- Betts, M. (2010). Calling obese Australians “fat” won't help them lose weight, say experts. Retrieved May 16, 2015, from <http://www.news.com.au/national/calling-obese-australians-fat-wont-help-them-lose-weight-say-experts/story-e6frfkvr-1225898789187>
- Blair, I. V., Ma, J. E., & Lenton, A. P. (2001). Imagining stereotypes away: the moderation of implicit stereotypes through mental imagery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(5), 828–841.
- Bonsaksen, T., Kottorp, A., Gay, C., Fagermoen, M. S., & Lerdal, A. (2013). Rasch analysis of the General Self-Efficacy Scale in a sample of persons with morbid obesity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 202. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-11-202>
- Brooks, F., & Magnusson, J. (2006). Taking part counts: adolescents' experiences of the transition from inactivity to active participation in school-based physical education. *Health Education Research*, 21(6), 872–883. <http://doi.org/10.1093/her/cyl006>
- Brown, K. M., McMahon, R. P., Biro, F. M., Crawford, P., Schreiber, G. B., Similo, S. L., ... Striegel-Moore, R. (1998). Changes in self-esteem in black and white girls between the ages of 9 and 14 years. The NHLBI Growth and Health Study. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 23(1), 7–19.
- Butland, B., Jebb, S., Kopelman, P., McPherson, K., Thomas, S., Mardell, J., & Parry, V. (2007). Foresight. Tackling obesity: future choices. Project report., 155 pp.
- Byers, D. L., Caltabiano, N. J., & Caltabiano, M. (2011). Teacher's Attitudes Towards Overt and Covert Bullying, and Perceived Efficacy to Intervene. *Australian Journal of Teacher Education*, 36(11). <http://doi.org/10.14221/ajte.2011v36n11.1>
- Carels, R. A., Young, K. M., Wott, C. B., Harper, J., Gumble, A., Oehlof, M. W., & Clayton, A. M. (2009). Weight bias and weight loss treatment outcomes in treatment-seeking adults. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 37(3), 350–355. <http://doi.org/10.1007/s12160-009-9109-4>
- Carlson, T. B. (2010, April 21). We Hate Gym: Student Alienation From Physical Education. Retrieved May 10, 2015, from <http://journals.humankinetics.com/jtpe-back-issues/jtpevolume14issue4july/wehategymstudentalienationfromphysicaleducation>
- Chaput, J.-P., Lambert, M., Gray-Donald, K., McGrath, J. J., Tremblay, M. S., O'Loughlin, J., & Tremblay, A. (2011). Short sleep duration is independently associated with

- overweight and obesity in Quebec children. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, 102(5), 369–374.
- Chaput, J.-P., & Tremblay, A. (2006). L'obésité précoce et ses impacts sur le développement de l'enfant. Retrieved from <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/Chaput-TremblayFRxp2.pdf>
- Coopersmith, S. (1984). *Inventaire d'estime de soi: manuel*. Paris, France: Ed. du Centre de Psychologie appliquée.
- Costley, J. H. M., Sueng-Lock, H., & Ji-Eun, L. (2014). Preservice Teachers' Response to Bullying Vignettes: The Effect of Bullying Type and Gender. *International Journal of Secondary Education*, 45–52. <http://doi.org/10.11648/j.ijsedu.20130106.11>
- Cox, A. E., Ullrich-French, S., Madonia, J., & Witty, K. (2011). Social physique anxiety in physical education: Social contextual factors and links to motivation and behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(5), 555–562. <http://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.05.001>
- Cox, A., & Williams, L. (2008). The roles of perceived teacher support, motivational climate, and psychological need satisfaction in students' physical education motivation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30(2), 222–239.
- Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19(3), 429–451. [http://doi.org/10.1016/S0193-3973\(99\)80049-5](http://doi.org/10.1016/S0193-3973(99)80049-5)
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882–894.
- Crandall, C. S., & Schiffhauer, K. L. (1998). Anti-Fat Prejudice: Beliefs, Values, and American Culture. *Obesity Research*, 6(6), 458–460. <http://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1998.tb00378.x>
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1996). Children's treatment by peers: Victims of relational and overt aggression. *Development and Psychopathology*, 8(02), 367–380. <http://doi.org/10.1017/S0954579400007148>
- Crombie, P.-A., Brunet, J., & Sabiston, C. M. (2011). Stop Staring! Proposed Strategies to Reduce Students' Body-Related Concerns in Physical Education. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance (JOPERD)*, 82(2), 39–43.
- Cunningham, S. A., Vaquera, E., & Long, J. L. (2012). Race, Ethnicity, and the Relevance of Obesity for Social Integration. *Ethnicity & Disease*, 22(3), 317–323.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., ... Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey* (No. 6) (p. 252). Health Polivy for Children and Adolescents.

- Curtis, P. (2008). The experiences of young people with obesity in secondary school: some implications for the healthy school agenda. *Health & Social Care in the Community*, 16(4), 410–418. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00759.x>
- DeJong, W. (1980). The stigma of obesity: the consequences of naive assumptions concerning the causes of physical deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(1), 75–87.
- Department of Health. (2008). Healthy Weight, Healthy Lives: A Cross Government Strategy for England. Retrieved from www.dh.gov.uk/publications
- Devlin, M. J., Yanovski, S. Z., & Wilson, G. T. (2000). Obesity: what mental health professionals need to know. *The American Journal of Psychiatry*, 157(6), 854–866. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.854>
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Haines, J., & Wall, M. (2006). Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: longitudinal findings from Project EAT. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 38(6), 675–683. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.07.002>
- Faith, M. S., Leone, M. A., Ayers, T. S., Heo, M., & Pietrobelli, A. (2002). Weight Criticism During Physical Activity, Coping Skills, and Reported Physical Activity in Children. *Pediatrics*, 110(2), e23–e23.
- Farpour-Lambert, N., Allemand, N., & Laimbacher, J. (2006). Définition, diagnostic et indications thérapeutiques de la surcharge pondérale de l'enfant et de l'adolescent, 17(6), 19–24.
- Fontana, F. E., Furtado, O., Marston, R., Mazzardo, O., & Gallagher, J. (2013). Anti-Fat Bias among Physical Education Teachers and Majors. *Physical Educator*, 70(1), 15.
- Fox, C. L., & Farrow, C. V. (2009). Global and physical self-esteem and body dissatisfaction as mediators of the relationship between weight status and being a victim of bullying. *Journal of Adolescence*, 32(5), 1287–1301. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.12.006>
- Fox, K. R., & Edmunds, L. D. (2000). Understanding the World of the “Fat Kid”: Can Schools Help Provide a Better Experience? *Reclaiming Children and Youth*, 9(3), 177–81.
- Gano-Overway, L. A. (2013). Exploring the connections between caring and social behaviors in physical education. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 84(1), 104–114. <http://doi.org/10.1080/02701367.2013.762322>
- Goffman, E. (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.
- Gortmaker, S. L., Swinburn, B., Levy, D., Carter, R., Mabry, P. L., Finegood, D., ... Moodie, M. (2011). Changing the Future of Obesity: Science, Policy and Action. *Lancet*, 378(9793), 838–847. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60815-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60815-5)
- Gray, W. N., Kahhan, N. A., & Janicke, D. M. (2009). Peer victimization and pediatric

- obesity: A review of the literature. *Psychology in the Schools*, 46(8), 720–727. <http://doi.org/10.1002/pits.20410>
- Gredler, G. R. (2003). Olweus, D. (1993). Bullying at school: What we know and what we can do. Malden, MA: Blackwell Publishing, 140 pp., \$25.00. *Psychology in the Schools*, 40(6), 699–700. <http://doi.org/10.1002/pits.10114>
- Greenleaf, C., Martin, S. B., & Rhea, D. (2008). Fighting fat: how do fat stereotypes influence beliefs about physical education? *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16 Suppl 2, S53–59. <http://doi.org/10.1038/oby.2008.454>
- Greenleaf, C., Petrie, T. A., & Martin, S. B. (2014). Relationship of weight-based teasing and adolescents' psychological well-being and physical health. *The Journal of School Health*, 84(1), 49–55. <http://doi.org/10.1111/josh.12118>
- Greenleaf, C., & Weiller, K. (2005). Perceptions of Youth Obesity among Physical Educators. *Social Psychology of Education*, 8(4), 407–423. <http://doi.org/10.1007/s11218-005-0662-9>
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4–27.
- Griffiths, L. J., & Page, A. S. (2008). The impact of weight-related victimization on peer relationships: the female adolescent perspective. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16 Suppl 2, S39–45. <http://doi.org/10.1038/oby.2008.449>
- Grogan, S. (2007). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. Routledge.
- Hague, A. L., & White, A. A. (2005). Web-based intervention for changing attitudes of obesity among current and future teachers. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37(2), 58–66.
- Hartmann, A. S., & Hilbert, A. (2013). [Child and adolescent obesity, psychosocial consequences and treatment strategies]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(4), 532–538. <http://doi.org/10.1007/s00103-012-1637-6>
- Have, M. T., van der Heide, A., Mackenbach, J. P., & de Beaufort, I. D. (2013). An ethical framework for the prevention of overweight and obesity: a tool for thinking through a programme's ethical aspects. *European Journal of Public Health*, 23(2), 299–305. <http://doi.org/10.1093/eurpub/cks052>
- Hayden-Wade, H. A., Stein, R. I., Ghaderi, A., Saelens, B. E., Zabinski, M. F., & Wilfley, D. E. (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity Research*, 13(8), 1381–1392. <http://doi.org/10.1038/oby.2005.167>
- Hebert, E. P., Landin, D., & Solomon, M. A. (2000). The Impact of Task Progressions on

- Students' Practice Quality and Task-Related Thoughts. *Human Kinetics Journals*, 19. Retrieved from <http://journals.humankinetics.com/jtpe-back-issues/jtpevolume19issue3april/theimpactoftaskprogressionsonstudentspracticequalityandtaskrelatedthoughts>
- Hedley, A. A., Ogden, C. L., Johnson, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., & Flegal, K. M. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA*, 291(23), 2847–2850. <http://doi.org/10.1001/jama.291.23.2847>
- Helfert, S., & Warschburger, P. (2013). The face of appearance-related social pressure: gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 16. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-7-16>
- Holloway, J. B., Beuter, A., & Duda, J. L. (1988). Self-Efficacy and Training for Strength in Adolescent Girls¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 18(8), 699–719. <http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1988.tb00046.x>
- Holt, M., & Keyes, M. (2004). Teacher's attitudes toward bullying. New Jersey.
- Huang, T. T.-K., Howarth, N. C., Lin, B.-H., Roberts, S. B., & McCrory, M. A. (2004). Energy intake and meal portions: associations with BMI percentile in U.S. children. *Obesity Research*, 12(11), 1875–1885. <http://doi.org/10.1038/oby.2004.233>
- Hudelson, P. M. (1994). Qualitative research for health programmes. World Health Organization. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.3.pdf
- Irwin, C. C., Symons, C. W., & Kerr, D. L. (2003). The Dilemmas of Obesity How Can Physical Educators Help? *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 74(6), 33–39. <http://doi.org/10.1080/07303084.2003.10609217>
- Kräling, S., Losekam, S., Götzky, B., Rief, W., & Hilbert, A. (2010). [Impact of weight-related discrimination on eating disorder and general psychopathology in children and adolescents with and without migration background]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60(9-10), 397–401. <http://doi.org/10.1055/s-0030-1253415>
- Lajerowicz, C. (2011). Grille études qualitatives, méthode CASP. Retrieved March 16, 2015, from <http://www.lca-ecn.info/index.php>
- Langdon, S. W., & Preble, W. (2008). The relationship between levels of perceived respect and bullying in 5th through 12th graders. *Adolescence*, 43(171), 485–503.
- Lasserre, A. M., Chiolo, A., Cachat, F., Paccaud, F., & Bovet, P. (2007). Overweight in Swiss children and associations with children's and parents' characteristics. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 15(12), 2912–2919. <http://doi.org/10.1038/oby.2007.347>
- Latner, J. D., Rosewall, J. K., & Simmonds, M. B. (2007). Childhood obesity stigma:

- Association with television, videogame, and magazine exposure. *Body Image*, 4(2), 147–155. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.03.002>
- Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2003). Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children. *Obesity Research*, 11(3), 452–456. <http://doi.org/10.1038/oby.2003.61>
- Latzer, Y., & Stein, D. (2013). A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders*, 1, 7. <http://doi.org/10.1186/2050-2974-1-7>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer. Retrieved from http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_0003-5033_1992_num_92_4_29539
- Leahy, D. (2009). *Disgusting pedagogies*. Routledge. Retrieved from http://works.bepress.com/deana_leahy/18
- Lewis, K., Fraser, C., & Manby, M. (2014). “Is it Worth it?” A Qualitative Study of the Beliefs of Overweight and Obese Physically Active Children. *Journal of Physical Activity & Health*, 11(6), 1219–1224. <http://doi.org/10.1123/jpah.2012-0295>
- Li, W., & Rukavina, P. (2011). Implicit and Explicit Obesity Bias in Pre-adolescents and their Relations to Self-Reported Body Mass Index. *Stigma Research and Action*, 1(1), 18–26. <http://doi.org/10.5463/sra.v1i1.12>
- Li, W., & Rukavina, P. (2012a). Including Overweight or Obese Students in Physical Education. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 83(4), 570–578. <http://doi.org/10.1080/02701367.2012.10599254>
- Li, W., & Rukavina, P. (2012b). The Nature, Occurring Contexts, and Psychological Implications of Weight-Related Teasing in Urban Physical Education Programs. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 83(2), 308–317.
- Li, W., Rukavina, P. B., & Wright, P. (2012). Coping against Weight-Related Teasing among Adolescents Perceived to Be Overweight or Obese in Urban Physical Education. *Journal of Teaching in Physical Education*, 31(2), 182–199.
- Losekam, S., Goetzky, B., Kraeling, S., Rief, W., & Hilbert, A. (2010). Physical activity in normal-weight and overweight youth: associations with weight teasing and self-efficacy. *Obesity Facts*, 3(4), 239–244. <http://doi.org/10.1159/000319433>
- Ludwig, D. S., Peterson, K. E., & Gortmaker, S. L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, 357(9255), 505–508. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04041-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04041-1)
- MacLean, L., Edwards, N., Garrard, M., Sims-Jones, N., Clinton, K., & Ashley, L. (2009). Obesity, stigma and public health planning. *Health Promotion International*, 24(1), 88–93. <http://doi.org/10.1093/heapro/dan041>
- Makara-Studzińska, M., Podstawka, D., & Goclon, K. (2013). [Factors influencing self-

- perception of overweight people]. *Polski Merkurusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 35(209), 313–315.
- McCormack, L. A., Laska, M. N., Gray, C., Veblen-Mortenson, S., Barr-Anderson, D., & Story, M. (2011). Weight-related teasing in a racially diverse sample of sixth-grade children. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(3), 431–436. <http://doi.org/10.1016/j.jada.2010.11.021>
- Monasta, L., Batty, G. D., Macaluso, A., Ronfani, L., Lutje, V., Bavcar, A., ... Cattaneo, A. (2011). Interventions for the prevention of overweight and obesity in preschool children: a systematic review of randomized controlled trials. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(5), e107–118. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00774.x>
- Mosston, M., & Ashworth, S. (1994). *Teaching physical education. (3rd Edition)* (3rd ed.). New York.
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 23(3), 221–230.
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 285(16), 2094–2100.
- National Association for Sport and Physical Education. (1998). *Moving into the future: National physical education standards: A guide to content and assessment.* (2ème ed.). USA: McGraw-Hill.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Harris, T. (1999). Beliefs and Attitudes about Obesity among Teachers and School Health Care Providers Working with Adolescents. *Journal of Nutrition Education*, 31(1), 3–9. [http://doi.org/10.1016/S0022-3182\(99\)70378-X](http://doi.org/10.1016/S0022-3182(99)70378-X)
- O'Brien, K. S., Hunter, J. A., & Banks, M. (2007). Implicit anti-fat bias in physical educators: physical attributes, ideology and socialization. *International Journal of Obesity (2005)*, 31(2), 308–314. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803398>
- O'Brien, K. S., Puhl, R. M., Latner, J. D., Mir, A. S., & Hunter, J. A. (2010). Reducing anti-fat prejudice in preservice health students: a randomized trial. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 18(11), 2138–2144. <http://doi.org/10.1038/oby.2010.79>
- O'Connor, J. A., & Graber, K. C. (2014). Sixth-Grade Physical Education: An Acculturation of Bullying and Fear. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 85(3), 398–408. <http://doi.org/10.1080/02701367.2014.930403>
- Office fédéral de la santé publique. (2013). Indicateur 4.2: IMC chez les enfants et les

- adolescents (mesure directe). Retrieved May 24, 2015, from http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07878/index.html?lang=fr
- Ogden, C. L., Flegal, K. M., Carroll, M. D., & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA*, *288*(14), 1728–1732.
- Ogden, J., & Clementi, C. (2010). The Experience of Being Obese and the Many Consequences of Stigma. *Journal of Obesity*, *2010*, e429098. <http://doi.org/10.1155/2010/429098>
- Oken, E., Taveras, E. M., Kleinman, K. P., Rich-Edwards, J. W., & Gillman, M. W. (2007). Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *196*(4), 322.e1–322.e8. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.11.027>
- OMS. (2005). Pourquoi se préoccuper du surpoids et de l'obésité de l'enfant? Retrieved May 20, 2015, from http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/fr/
- OMS. (2010). Surpoids et obésité de l'enfant. Retrieved May 16, 2015, from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/fr/>
- OMS. (2015a). Obésité et surpoids. Retrieved June 2, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- OMS. (2015b). Quelles sont les causes du surpoids et de l'obésité chez les jeunes? Retrieved May 20, 2015, from http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/fr/
- Orpinas, P., & Horne, A. M. (2006). *Bullying Prevention: Creating a Positive School Climate and Developing Social Competence*. Washington DC: American Psychological Association.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - livre - Editions Armand Colin*. (Armand-Colin). Paris. Retrieved from <http://www.armand-colin.com/livre/356552/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-sociales.php>
- Penner, L. A., Dovidio, J. F., Piliavin, J. A., & Schroeder, D. A. (2005). Prosocial behavior: multilevel perspectives. *Annual Review of Psychology*, *56*, 365–392. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070141>
- Perry, D. G., Kusel, S. J., & Perry, L. C. (1988). Victims of peer aggression. *Developmental Psychology*, *24*(6), 807–814. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.24.6.807>
- Pérusse, L., & Bouchard, C. (2003). [Genetics of obesity and metabolic complications in the Quebec Family Study]. *Médecine Sciences: M/S*, *19*(10), 937–942. <http://doi.org/10.1051/medsci/20031910937>
- Peters, D. M., & Ruan, J. A. J. (2010). Future sport, exercise and physical education

- professionnal's perceptions of the physical self of obese children, 36–43.
- Peterson, J. L., Puhl, R. M., & Luedicke, J. (2012). An experimental investigation of physical education teachers' and coaches' reactions to weight-based victimization in youth. *Psychology of Sport and Exercise, 13*(2), 177–185. <http://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.10.009>
- Peterson, J., Puhl, R., & Luedicke, J. (2012). An experimental assessment of physical educators' expectations and attitudes: the importance of student weight and gender. *Journal of School Health, 82*(9), 432–40.
- Pierce, J. W., & Wardle, J. (1997). Cause and Effect Beliefs and Self-esteem of Overweight Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(6), 645–650. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01691.x>
- Poulain, J.-P. (2000). Les dimensions sociales de l'obésité. In *Obésité: dépistage et prévention chez l'enfant*. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale. Retrieved from <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/187/?sequence=12>
- Priest, S., & Gass, M. A. (2005). *Effective Leadership in Adventure Programming*. Human Kinetics.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research, 9*(12), 788–805. <http://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). *The stigma of obesity: Psychosocial origins of pervasive bias*.
- Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism, 27*(2), 117–127. <http://doi.org/10.1016/j.beem.2012.12.002>
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin, 133*(4), 557–580. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.557>
- Puhl, R. M., Luedicke, J., & Depierre, J. A. (2013). Parental concerns about weight-based victimization in youth. *Childhood Obesity (Print), 9*(6), 540–548. <http://doi.org/10.1089/chi.2013.0064>
- Puhl, R. M., Luedicke, J., & Grilo, C. M. (2014). Obesity bias in training: attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines. *Obesity (Silver Spring, Md.), 22*(4), 1008–1015. <http://doi.org/10.1002/oby.20637>
- Puhl, R. M., Luedicke, J., & Heuer, C. (2011). Weight-Based Victimization toward Overweight Adolescents: Observations and Reactions of Peers. *Journal of School Health, 81*(11), 696–703. <http://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00646.x>
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health*

- Education Research*, 23(2), 347–358. <http://doi.org/10.1093/her/cym052>
- Puhl, R. M., Peterson, J. L., & Luedicke, J. (2013). Strategies to address weight-based victimization: youths' preferred support interventions from classmates, teachers, and parents. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 315–327. <http://doi.org/10.1007/s10964-012-9849-5>
- Puhl, R. M., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2005). Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: a new approach for reducing bias. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(5), 517–525. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.517>
- Puska, P., Nishida, C., & Porter, D. (2003). Obesity and overweight. OMS. Retrieved from http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_obesity.pdf
- Radoszewska, J. (2009). [Obese teenagers in the eyes of their peers]. *Pediatric Endocrinology, Diabetes, and Metabolism*, 15(3), 167–171.
- Rankinen, T., Zuberi, A., Chagnon, Y. C., Weisnagel, S. J., Argyropoulos, G., Walts, B., ... Bouchard, C. (2006). The human obesity gene map: the 2005 update. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14(4), 529–644. <http://doi.org/10.1038/oby.2006.71>
- Reilly, J. J., & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity (2005)*, 35(7), 891–898. <http://doi.org/10.1038/ijo.2010.222>
- Reilly, J., Methven, E., McDowell, Z., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., & Kelnar, C. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 88(9), 748–752. <http://doi.org/10.1136/adc.88.9.748>
- Renman, C., Engström, I., Silfverdal, S. A., & Aman, J. (1999). Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 88(9), 998–1003.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys. *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1317–1328. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00097-8](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00097-8)
- Rich, E., & Evans, J. (2005). Making Sense of Eating Disorders in Schools. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 26(2), 247–262. <http://doi.org/10.1080/01596300500143211>
- Robinson, S. (2006). Victimization of obese adolescents. *The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 22(4), 201–206.
- Rogge, M. M., Greenwald, M., & Golden, A. (2004). Obesity, stigma, and civilized oppression. *ANS. Advances in Nursing Science*, 27(4), 301–315.

- Roland, E., & Galloway, D. (2002). Classroom Influences on Bullying. *Educational Research*, 44(3), 299–312.
- Rukavina, P. B., & Li, W. (2008). School physical activity interventions: do not forget about obesity bias. *Obesity Reviews*, 9(1), 67–75. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00403.x>
- Sack, S., Radler, D. R., Mairella, K. K., Touger-Decker, R., & Khan, H. (2009). Physical therapists' attitudes, knowledge, and practice approaches regarding people who are obese. *Physical Therapy*, 89(8), 804–815. <http://doi.org/10.2522/ptj.20080280>
- Sargent, J. D., & Blanchflower, D. G. (1994). Obesity and stature in adolescence and earnings in young adulthood. Analysis of a British birth cohort. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 148(7), 681–687.
- Savage, M. P. (1995). Perceptions of childhood obesity of undergraduate students in physical education. *Psychological Reports*, 76(3 Pt 2), 1251–1259. <http://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.3c.1251>
- Scharnitzky, P. (2006). *Les pièges de la discrimination : Tous acteurs, tous victimes* (Archipel).
- Schmalz, D. L. (2010). “I feel fat”: weight-related stigma, body esteem, and BMI as predictors of perceived competence in physical activity. *Obesity Facts*, 3(1), 15–21. <http://doi.org/10.1159/000273210>
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289(14), 1813–1819. <http://doi.org/10.1001/jama.289.14.1813>
- Setchell, J., Watson, B., Jones, L., Gard, M., & Briffa, K. (2014). Physiotherapists demonstrate weight stigma: a cross-sectional survey of Australian physiotherapists. *Journal of Physiotherapy*, 60(3), 157–162. <http://doi.org/10.1016/j.jphys.2014.06.020>
- SHAPE America - Society of Health and Physical Educators. (2010). *National Standards and Guidelines for Physical Education Teacher Education* (3rd ed.).
- Shapiro, J. P., Baumeister, R. F., & Kessler, J. W. (1987). Children's awareness of themselves as teasers and their value judgments of teasing. *Perceptual and Motor Skills*, 64(3c), 1102–1102. <http://doi.org/10.2466/pms.1987.64.3c.1102>
- Sikorski, C., Luppá, M., Brähler, E., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Obese children, adults and senior citizens in the eyes of the general public: results of a representative study on stigma and causation of obesity. *PloS One*, 7(10), e46924. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0046924>
- Slater, A., & Tiggemann, M. (2011). Gender differences in adolescent sport participation, teasing, self-objectification and body image concerns. *Journal of Adolescence*, 34(3), 455–463. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.06.007>
- Smolak, L. (2011). Body image development in childhood. In *Body image: a handbook of*

- science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 67–75). New York: Guilford Press.
- Steiger, D., & Baumgartner Perren, S. (2014). “*Poids corporel sain*” chez les enfants et adolescents. *Actualisation des bases scientifiques*. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse Document de travail 28.
- Steinberger, J., & Daniels, S. R. (2003). Obesity, insulin resistance, diabetes, and cardiovascular risk in children: an American Heart Association scientific statement from the Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee (Council on Cardiovascular Disease in the Young) and the Diabetes Committee (Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism). *Circulation*, *107*(10), 1448–1453.
- Storch, E. A., Milsom, V. A., Debraganza, N., Lewin, A. B., Geffken, G. R., & Silverstein, J. H. (2007). Peer victimization, psychosocial adjustment, and physical activity in overweight and at-risk-for-overweight youth. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(1), 80–89. <http://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj113>
- Strauss, R. S., & Pollack, H. A. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *157*(8), 746–752. <http://doi.org/10.1001/archpedi.157.8.746>
- Swift, J. A., Tischler, V., Markham, S., Gunning, I., Glazebrook, C., Beer, C., & Puhl, R. (2013). Are anti-stigma films a useful strategy for reducing weight bias among trainee healthcare professionals? Results of a pilot randomized control trial. *Obesity Facts*, *6*(1), 91–102. <http://doi.org/10.1159/000348714>
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *22*(1), 68–78.
- Testera Borrelli, C. (2014). *L'importance de l'image corporelle chez les jeunes. Présentation du document de travail no 3 de Promotion Santé Suisse et exemples d'interventions pratiques*. Berne: Promotion Santé Suisse. Retrieved from http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/prevention/Manifestations/Documents/Présentation%20HBI_%20Séance%20KAP%20NE.pdf
- Testera Borrelli, C., Schulte-Abel, B., Schär, C., & Schneiter, Q. (2013). Image corporelle saine – Healthy Body Image. Promotion Santé Suisse. Retrieved from www.promotionsante.ch/hbi
- The Audit Commission, Healthcare Commission & the National Audit Office. (2006). *Tackling Child Obesity – First Steps*. London: The Audit Commission. Retrieved from <http://www.nao.org.uk/report/tackling-child-obesity-first-steps/>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in

- systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. <http://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Tibère, L. (2007). [Adolescent obesity, between self depreciation and self acceptance]. *Soins. Pédiatrie, Puériculture*, (239), 23–26.
- Triggle, N. (2010). NHS should use term fat instead of obese, says minister. Retrieved May 16, 2015, from <http://www.bbc.com/news/uk-10789553>
- Trout, J., & Graber, K. C. (2009). Perceptions of Overweight Students Concerning Their Experiences in Physical Education. *Journal of Teaching in Physical Education*, 28(3), 272–292.
- Van Amsterdam, N., Knoppers, A., Claringbould, I., & Jongmans, M. (2012). ‘It’s just the way it is...’ or not? How physical education teachers categorise and normalise differences. *Gender and Education*, 24(7), 783–798. <http://doi.org/10.1080/09540253.2012.677013>
- Van Der Horst, K., Paw, M. J. C. A., Twisk, J. W. R., & Van Mechelen, W. (2007). A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1241–1250. <http://doi.org/10.1249/mss.0b013e318059bf35>
- Vande Weyer, M., Bolterys, S., & Guzman, E. (2005). [Multidisciplinary approach of the obese child to the dietary residency of “Clairs Vallons”]. *Revue Médicale De Bruxelles*, 26(4), S215–218.
- Vartanian, L. R., & Novak, S. A. (2011). Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 19(4), 757–762. <http://doi.org/10.1038/oby.2010.234>
- Vartanian, L. R., & Shaprow, J. G. (2008). Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *Journal of Health Psychology*, 13(1), 131–138. <http://doi.org/10.1177/1359105307084318>
- Vartanian, L. R., & Smyth, J. M. (2013). Primum non nocere: obesity stigma and public health. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(1), 49–57. <http://doi.org/10.1007/s11673-012-9412-9>
- Vernberg, E. M., Jacobs, A. K., & Hershberger, S. L. (1999). Peer victimization and attitudes about violence during early adolescence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(3), 386–395. <http://doi.org/10.1207/S15374424jccp280311>
- Vohr, B. R., & McGarvey, S. T. (1997). Growth patterns of large-for-gestational-age and appropriate-for-gestational-age infants of gestational diabetic mothers and control mothers at age 1 year. *Diabetes Care*, 20(7), 1066–1072.
- Wang, J., Iannotti, R. J., & Nansel, T. R. (2009). School Bullying Among US Adolescents: Physical, Verbal, Relational and Cyber. *The Journal of Adolescent Health : Official*

- Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 45(4), 368–375.
<http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.03.021>
- Washington, R. L. (2011). Childhood obesity: issues of weight bias. *Preventing Chronic Disease*, 8(5), A94.
- Waters, E., de Silva-Sanigorski, A., Burford, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao, Y., ... Summerbell, C. D. (1996). Interventions for preventing obesity in children. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001871.pub3/abstract>
- Whitney, I., & Smith, P. K. (1993). A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educational Research*, 35(1), 3–25.
<http://doi.org/10.1080/0013188930350101>
- Wiese, H. J., Wilson, J. F., Jones, R. A., & Neises, M. (1992). Obesity stigma reduction in medical students. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 16(11), 859–868.
- Xu, F., Wang, X., Ware, R. S., Tse, L. A., Wang, Z., Hong, X., ... Wang, Y. (2014). A school-based comprehensive lifestyle intervention among Chinese kids against Obesity (CLICK-Obesity) in Nanjing City, China: the baseline data. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 23(1), 48–54.
- Yager, Z., & O’Dea, J. A. (2005). The Role of Teachers and Other Educators in the Prevention of Eating Disorders and Child Obesity: What Are the Issues? *Eating Disorders*, 13(3), 261–278. <http://doi.org/10.1080/10640260590932878>
- Yoon, J., Bauman, S., Choi, T., & Hutchinson, A. S. (2011). How South Korean Teachers Handle an Incident of School Bullying. *School Psychology International*, 32(3), 312–329. <http://doi.org/10.1177/0143034311402311>
- Zabinski, M. F., Saelens, B. E., Stein, R. I., Hayden-Wade, H. A., & Wilfley, D. E. (2003). Overweight children’s barriers to and support for physical activity. *Obesity Research*, 11(2), 238–246. <http://doi.org/10.1038/oby.2003.37>

7. Liste des illustrations

<i>Figure 1: Flow Chart de la sélection des articles.....</i>	<i>15</i>
<i>Figure 2: Synthèse des résultats (A. Seghetto et B. Bontempelli, 2015).....</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 1: Pourcentage d'enfants de 6 à 12 ans atteints de surpoids et d'obésité de 1999 à 2012.....</i>	<i>2</i>
<i>Tableau 2: Descriptif des études sélectionnées.....</i>	<i>16</i>
<i>Tableau 3: Evaluation de la qualité des articles à l'aide de l'échelle CASP.....</i>	<i>17</i>

8. ANNEXES

Annexe I: Equations de recherche

Bases de données	Equations
PubMed	((((((((((stigmatization) OR stigma) OR discrimination) OR stereotype) OR stereotyping) OR distinction) OR social exclusion) OR victimization) OR teasing) OR bullying)) AND (((((((teacher attitude) OR physiotherapy) OR teacher comportment) OR teacher behaviour) OR educational training) OR practitioners) OR trainer) OR physical professor) OR coach) OR physical educator)) AND (((obesity) OR obese) OR overweight) OR body weight)) AND (((physical activity) OR physical training) OR exercise) OR participation) OR motor activity) OR locomotor activity)) AND (((child) OR children) OR teenager) OR adolescent) OR young people) OR paediatric) OR infancy)
ERIC	Idem PubMed
ScienceDirect	Expert Search: idem PubMed. Filtre supplémentaire: exclusion des livres
Cochrane	Search Manager: (((((((stigmatization) or stigma) or discrimination) or stereotype) or stereotyping) or distinction) or social exclusion) or victimization) or teasing) or bullying) and (((((((teacher attitude) or physiotherapy) or teacher comportment) or teacher behaviour) or educational training) or practitioners) or trainer) or physical professor) or coach) or physical educator) and (((obesity) or obese) or overweight) or body weight) and (((physical activity) or physical training) or exercise) or participation) or motor activity) or locomotor activity) and (((child) or children) or teenager) or adolescent) or young people) or paediatric) or infancy)
PsycINFO	child AND Any Field: obesity AND Any Field: stigmatization AND Any Field: physical activity AND Any Field: physical educator
Wiley Online Library	Advanced Search: child in All Fields AND obesity in All Fields AND stigmatization in All Fields AND physical activity in All Fields AND physical teacher in All Fields

Annexe II: Grille de lecture par version intégrale

Grille de lecture	Parle d'enfants ou adolescents (0-18 ans)	Parle d'obésité ou surpoids	Parle d'activité physique	Parle d'éducateurs physiques, physiothérapeutes, coaches sportifs, entraîneurs	Parle de stigmatisation à cause du poids	Parle du comportement stigmatisant de l'éducateur physique	Sujets de l'étude sont des enfants (0-18 ans) ou des éducateurs physiques	Etude qualitative	Décision finale
Carmona, 2015	v	v	v	v	v	x	v	x	x
Diedrichs, 2011	x	v	x	x	v	x	x	x	x
Greenleaf, 2008	v	v	v	v	v	v	x	x	x
J. L. Peterson, 2012	v	v	v	v	v	v	v	x	v
J. Peterson, 2012	v	v	v	v	v	v	v	x	v
Jeffries, 2009	v	x	v	v	x	x	v	x	x
Johnson, 2011	v	v	v	v	x	x	v	v	x
Li, 2012	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Li, 2012	v	v	v	x	v	x	v	v	x
O'Connor, 2015	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Puhl, 2013	v	v	x	v	v	x	v	x	x
Rukavina, 2011	v	v	v	x	v	x	v	x	x
Trout, 2009	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Van Amsterdam, 2012	v	v	v	v	v	v	v	v	v

Annexe III: Echelle CASP pour études qualitatives

Questions d'élimination

Attribution des points (selon A. Seghetto et B. Bontempelli, 2015)

<p>1. Les objectifs de l'étude ont-ils été clairement énoncés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel(s) étai(en)t le ou les objectif(s) de l'étude ? • Est-il explicitement énoncé ? • Comment sa pertinence est-elle justifiée ? 	<p>Pour 1 point: les 3 items doivent être présents</p>
<p>2. Le choix d'une méthode qualitative était-il approprié ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle cherché à explorer ou interpréter des conduites et/ou expériences subjectives des participants ? • L'étude qualitative est-elle la bonne méthode pour répondre aux objectifs énoncés ? 	<p>Pour 1 point: les 2 items doivent être présents</p>

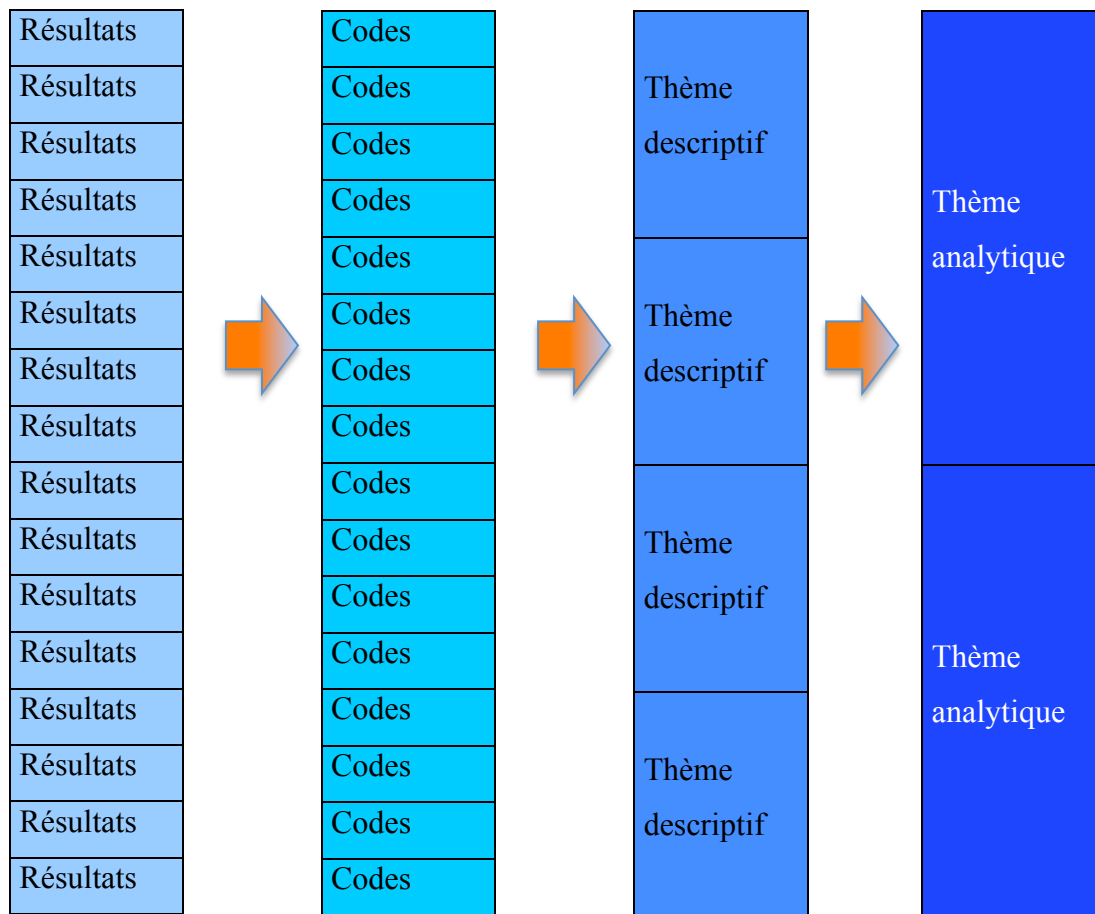
Questions détaillées

<p>3. Le schéma d'étude est-il approprié pour atteindre les objectifs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enquêteurs ont-ils expliqué et justifié la méthode choisie ? (phénoménologie, théorie ancrée, ethnologie, etc.) 	<p>Pour 1 point: l'item doit être présent</p>
<p>4. La stratégie de sélection des participants est-elle adaptée aux objectifs de l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enquêteurs ont-ils expliqué comment les participants ont été sélectionnés ? • En quoi les participants sélectionnés étaient les plus appropriés pour accéder au type d'information recherché par l'étude ? • Y'a-t-il eu d'autres informations concernant le recrutement ? (par exemple, pourquoi certaines personnes n'ont pas souhaité participer) 	<p>Pour 1 point: les 3 items doivent être présents</p>
<p>5. La manière dont les données ont été recueillies correspond-elle à la question de l'étude et à la méthode choisie ?</p> <p>Considérez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si le milieu de recueil des données a été justifié. • Si la technique de recueil des données est clairement spécifiée et justifiée • Si le processus de recueil des données a été concrètement détaillé (guides pour les entretiens, structure des groupes de discussion, processus d'observation...) • Si la stratégie de recueil des données a été modifiée en cours d'étude et si oui, si les enquêteurs expliquent comment et pourquoi. • Si le format d'enregistrement des données est précisé (audio/vidéo, notes, etc.) • Si l'enquêteur a atteint la saturation des données. 	<p>Pour 0.5 point: 1, 2 ou 3 items doivent être présents Pour 1 point: plus de 3 items doivent être présents</p>
<p>6. La relation entre l'enquêteur et l'objectif de l'étude a-t-elle été considérée ?</p>	<p>Pour 1 point: les 2 items doivent être présents</p>

<p>Considérez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enquêteur a discuté son propre rôle, potentiel biais et son influence lors de : <ul style="list-style-type: none"> *la formulation des questions étudiées *le recueil des données, y compris le recrutement de l'échantillon et le choix du lieu • Si l'enquêteur a présenté et justifié les changements conceptuels (reformulation des questions et objectifs de l'étude) et méthodologiques (critères d'inclusion, stratégie d'échantillonnage, de recueil des données, etc.) 	
<p>7. Les problèmes éthiques ont-ils été pris en compte ?</p> <p>Considérez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enquêteur a détaillé les aspects en rapport avec: <ul style="list-style-type: none"> * le consentement éclairé * la confidentialité des données * la gestion de la vulnérabilité émotionnelle • S'il a sollicité l'approbation d'un comité d'éthique. 	<p>Pour 1 point: les 2 items doivent être présents</p>
<p>8. L'analyse des données a-t-elle été suffisamment rigoureuse ?</p> <p>Considérez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'il existe une description détaillée du type d'analyse (de contenu, de discours, etc.). • Si une analyse thématique a été utilisée, comment les catégories/thèmes ont émané à partir des données. • Si l'enquêteur explique par quel processus les résultats présentées ont été sélectionnées à partir des données recueillies. • A quel point les données contradictoires ont été prises en compte dans l'analyse (cas négatifs ou cas extrêmes). • Si l'enquêteur a discuté son propre rôle, potentiel biais et son influence lors de l'analyse et de la sélection des données à présenter. 	<p>Pour 0.5 point: 1, 2 ou 3 items doivent être présents Pour 1 point: plus de 3 items doivent être présents</p>
<p>9. Les résultats sont-ils clairement présentés ?</p> <p>Considérez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les résultats correspondent à la question de l'étude. • Si les résultats sont présentés de façon détaillée et compréhensible. • Si les résultats de l'étude sont comparés avec les résultats d'études précédentes. • Si l'enquêteur a justifié la stratégie utilisée pour assurer la crédibilité des résultats (par exemple, triangulation, validation par les participants, etc.) • Si les limites de l'étude ont été discutées. 	<p>Pour 0.5 point: 1, 2 ou 3 items doivent être présents Pour 1 point: plus de 3 items doivent être présents</p>
<p>10. Les résultats sont-ils applicables dans votre milieu ?</p> <p>Considérez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enquêteur explique la contribution des résultats aux connaissances actuelles et à la pratique clinique. • Si des perspectives de recherches futures ont été identifiées. • Si l'enquêteur discute la possibilité de transférer les conclusions à d'autres populations. 	<p>Pour 1 point: les 3 items doivent être présents</p>

Annexe IV: Représentation schématique de l'arbre thématique

(Basé sur Paillé & Mucchielli, 2012)



Annexe V: Résumé des études sélectionnées

Li, 2012

Titre de l'étude: The nature, occurring context and psychological implication of weight-related teasing in urban physical education programmes	
Auteurs	Li & Rukavina
Année, lieu de l'étude	2012, USA
Type	Qualitatif
Récolte des données	Interviews semi-structurés
Objectif	Examiner: a) la nature et l'occurrence des situations discriminatoires par rapport au poids lors de programmes d'EP. b) les implications psychologiques de ces discriminations sur le poids.
Durée de l'étude	12 mois
Contexte	Lieux privés
Population	
Nombre de participants	47 enfants
Age	14.86 ± 1.97
♂ / ♀	19 garçons et 28 filles
Issues	
Issues globales	La plupart des adolescents atteints de surpoids ou d'obésité ont été victimes de divers stéréotypes et moqueries négatifs de la part de leurs pairs.
Qualité	
Echelle de qualité	Echelle CASP: 9/10

Suite de l'Annexe V: Résumé des études sélectionnées

O'Connor, 2014

Titre de l'étude: Sixth-Grade Physical Education: An Acculturation of Bullying and Fear	
Auteurs	O'Connor & Graber
Année, lieu de l'étude	2014, UK
Type	Qualitatif
Récolte des données	- Interviews formels et informels - Observations - Grounded theory: «A social-ecological framework for bullying/victimization», selon Espelage & Swearer's, 2004
Objectif	Découvrir les perceptions des enfants et des éducateurs physiques par rapport à la stigmatisation en EP ainsi que du support d'un adulte ou d'un pair dans une situation de stigmatisation.
Durée de l'étude	Non nommé
Contexte	Ecole secondaire d'Eastbourne
Population	
Nombre de participants	4 éducateurs physiques 24 élèves
Age	Educateurs physiques : 32, 39, 51 et 52 ans Elèves : 10-12 ans
♂ / ♀	Educateurs physiques: 2 hommes et 2 femmes Elèves: non différencié
Issues	
Issues globales	Les participants reportent avoir perçu des différences au niveau de la stigmatisation lors de l'EP selon l'apparence physique, le poids, les capacités physiques et le style vestimentaire de l'enfant.
Qualité	
Echelle de qualité	Echelle CASP: 8.5/10

Suite de l'Annexe V: Résumé des études sélectionnées

Trout, 2009

Titre de l'étude: Perceptions of Overweight Students Concerning Their Experiences in Physical Education	
Auteurs	Trout & Graber
Année, lieu de l'étude	2009, USA
Type	Qualitatif
Récolte des données	- Interviews formels - Grounded theories: 1) « motivation theory », selon Weinberg & Gould, 2003 2) « learned helplessness theory », selon Maier & Seligman, 1976
Objectif	Examiner les perceptions et les expériences d'enfants atteints d'obésité lors de l'EP.
Durée de l'étude	Non nommé
Contexte	10 enfants étaient présents à un camp visant la perte de poids. 2 enfants n'ont pas fait ce camp.
Population	
Nombre de participants	12 enfants de l'école secondaire
Age	De 13 à 18 ans
♂ / ♀	5 garçons et 7 filles
Issues	
Issues globales	Les enfants reconnaissent le lien entre le manque d'AP et l'obésité. Cependant, plusieurs évitent l'EP suite à l'exhibition des symptômes en rapport avec leur incapacité. Les enfants montrent une grande préoccupation face à la visibilité de leurs performances envers les autres. Sans ces éléments, les enfants affirment vouloir participer à l'AP.
Qualité	
Echelle de qualité	Echelle CASP: 9/10

Suite de l'Annexe V: Résumé des études sélectionnées

Van Amsterdam, 2012

Titre de l'étude: 'It's just the way it is...' or not? How physical education teachers categorise and normalise differences	
Auteurs	Van Amsterdam, Knoppers, Claringbould & Jongmans
Année, lieu de l'étude	2012, Pays-Bas
Type	Qualitatif
Récolte des données	- Interviews semi-structurés - Grounded theory, selon Foucault
Objectif	Explorer les pratiques de catégorisation et de normalisation employées par les éducateurs physiques par rapport aux différences corporelles chez les élèves. Ces différences proviennent du sexe, des capacités physiques et de la santé de l'enfant.
Durée de l'étude	Non nommé
Contexte	Ecole secondaire
Population	
Nombre de participants	9 éducateurs physiques d'école secondaire
Age	De 22 à 56 ans
♂ / ♀	6 hommes et 3 femmes
Issues	
Issues globales	Les résultats montrent comment la catégorisation et la normalisation est incorporée dans 2 discours: « <i>the discourse of naturalness</i> » où le corps est un cadeau et « <i>the discourse of transformation</i> » percevant le corps comme un projet à modeler. Ces deux discours ont produit une norme au niveau de l'EP : le sexe masculin, la capacité et la minceur. Le corps « gras » a été clairement explicité comme non-conforme chez les éducateurs physiques. Une différence au niveau de l'enseignement de l'EP selon le sexe et la capacité de l'enfant a été explicitée.
Qualité	
Echelle de qualité	Echelle CASP: 7.5/10

Annexe VI: Postures de l'éducateur physique face à des situations de stigmatisation

Codes	*	Thèmes descriptifs	Thème analytique
Ignore	7/2	Favorise la stigmatisation	Postures de l'éducateur physique face à des situations de stigmatisation
Ne protège pas les victimes	5/2		
Est absent	5/2		
Agit uniquement lors de stigmatisation physique	3/2		
Privilégie l'activité en cours	2/2		
Ignore la stigmatisation verbale	5/1		
Approuve la situation	3/1		
Se moque, rigole	3/1		
Ne perçoit pas la situation	2/1		
N'aide pas à régler la situation	1/1		
Punit l'enfant qui stigmatise	4/2	Agit contre la stigmatisation	
Confronte les enfants	3/2		
Donne des conseils à la victime	3/1		
Sensibilise les enfants	2/1		
Réprimande en public l'enfant qui stigmatise	1/1		
Clarifie la situation	1/1		
Désire lutter contre la stigmatisation	1/1		

*Le premier chiffre correspond au nombre de récurrences du même code au sein de tous les articles.

Le second chiffre indique le nombre d'articles dans lesquels apparaît le code.

Annexe VII: Attitudes de l'éducateur physique

Codes	*	Thèmes descriptifs	Thème analytique
Préjugés sur les capacités sportives	6/3	Préjugés négatifs	Attitudes de l'éducateur physique
Préjugés sur les compétences sociales	3/3		
Préjugés sur la personnalité	4/2		
Exclusion par l'éducateur lors de l'AP	5/3	Mise à l'écart lors de l'AP	
Attribution d'un rôle moins important à l'enfant obèse	1/1		
Commentaires implicites	3/2	Langage stéréotypant	
Commentaires explicites	1/1		
Exercices mettant en avant la faiblesse et la visibilité aux yeux des autres	13/3	Environnement favorisant la stigmatisation	
Activités augmentant la comparaison sociale	11/3		
Liberté de choix aux enfants pour les équipes	3/2		
Idéalisation de l'enfant de type athlétique	2/2		
Activités augmentant l'agressivité	2/1		
Usage de la punition face à de faibles performances	1/1		
Acceptation implicite de la stigmatisation	1/1		
Promotion de l'agressivité	1/1		
Évaluation basée uniquement sur la performance	1/1		

*Le premier chiffre correspond au nombre de récurrences du même code au sein de tous les articles.

Le second chiffre indique le nombre d'articles dans lesquels apparaît le code.

Annexe VIII: Croyances et manque de connaissances des problématiques de l'obésité et de la stigmatisation

Codes	*	Thèmes descriptifs	Thème analytique
Enfant pas responsable des défauts de son corps	8/2	Responsable de son obésité: divergences d'opinions	Croyances et manque de connaissances des problématiques de l'obésité et de la stigmatisation
Enfant responsable de construire son corps pour atteindre l'idéal de beauté	7/2		
Enfant responsable de ses performances	4/2		
Enfant responsable de son obésité	4/2		
Connaissances biophysiologicals déterminent la santé de la personne	4/2	Difficulté à définir la santé	
Corps avec invalidité = déviance	3/2		
Malsain = obèse = anormal	8/1		
Santé = absence de pathologie ou handicap	6/1		
Santé = être mince = normal	2/1		
Ignorance de l'existence des programmes de prévention contre la stigmatisation	3/1	Manque de connaissances de la stigmatisation	
Pas d'intérêt pour cette problématique	2/1		
Surestimation des capacités des éducateurs à traiter cette problématique	1/1		

*Le premier chiffre correspond au nombre de récurrences du même code au sein de tous les articles.

Le second chiffre indique le nombre d'articles dans lesquels apparaît le code.

Annexe IX: Liste des recommandations

Postures de l'éducateur physique face à des situations de stigmatisation

Prendre part activement lors de situations stigmatisantes

- **Désapprouver les situations stigmatisantes**
- Agir dans toutes les situations de stigmatisation qu'elles soient verbales, relationnelles ou physiques
- Intervenir dans l'immédiat (Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), 2014)
- Eviter de rire, de se moquer
- Sensibiliser les enfants aux conséquences de leurs actions stigmatisantes et punir si aucune prise de conscience
- Être attentif au vocabulaire discriminant utilisé par les enfants lors des AP

Suite de l'Annexe IX: Liste des recommandations

Aider les enfants à se protéger de la stigmatisation

- **Former les éducateurs physiques sur les stratégies de protection contre la stigmatisation** (R. M. Puhl, Peterson, & Luedicke, 2013)
 - Leur apprendre les stratégies de « coping »
- **Donner aux enfants des stratégies de protection contre la stigmatisation**
 - Leur enseigner les stratégies de « coping » (Li, Rukavina, & Wright, 2012):
 - Leur apprendre à se désengager psychologiquement:
 - *S'éloigner des agresseurs, ignorer la situation en ne répondant pas*
 - Leur apporter un support social:
 - *Echanger avec l'enfant en surpoids, passer du temps avec lui, lui exprimer de l'attention*
 - Leur apprendre à se confronter aux agresseurs:
 - *Demander d'arrêter les moqueries ou riposter*
 - Leur donner des stratégies pour réduire le stress:
 - *se concentrer sur ses intérêts et des activités plaisantes, penser à autre chose*
 - Leur donner les moyens de se protéger:
 - *Se rassurer sur ses capacités, se parler positivement, faire des activités dans lesquelles on se sent à l'aise*

Suite de l'Annexe IX: Liste des recommandations

Attitudes de l'éducateur physique

Améliorer la conscience des éducateurs physiques sur leurs préjugés par rapport au poids (Neumark-Sztainer et al., 1999)

- **Etre critique sur ses propres attitudes envers les enfants atteints de surpoids ou d'obésité** (Setchell et al., 2014)
- Se rendre compte des diminutions d'attentes par rapport aux performances, aux compétences sociales et aux capacités des enfants
- Avoir des attentes similaires envers chaque enfant
- Réduire les préjugés envers la personnalité, les compétences sociales et les compétences sportives des enfants atteints de surpoids ou d'obésité.
- Faire attention à l'utilisation et aux conséquences des remarques implicites et explicites

Suite de l'Annexe IX: Liste des recommandations

Favoriser un climat motivationnel

(Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014; Trout & Graber, 2009; van Amsterdam et al., 2012)

- **Attribuer des rôles égaux à tous les enfants durant les AP**

- **Enseigner des moyens d'évaluation se concentrant sur la progression de l'enfant et sur sa propre technique** (Crombie et al., 2011)
 - Laisser les enfants décider du niveau de difficulté (Mosston & Ashworth, 1994)
 - Laisser les enfants évaluer leur progression (Mosston & Ashworth, 1994)

- **Proposer et soutenir des objectifs individualisés** (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009)

- **Créer des opportunités de succès** (Trout et Graber, 2009)
 - Encourager les enfants atteints de surpoids ou d'obésité à explorer les AP dans lesquelles ils sont bons ou meilleurs que leurs pairs (Li & Rukavina, 2012a)

- **Favoriser l'auto-efficacité** (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009)
 - Récompenser les efforts fournis (A. Cox & Williams, 2008; Crombie et al., 2011; Holloway, Beuter, & Duda, 1988)
 - Evaluations positives
 - Commentaires positifs et encourageants
 - Souligner les progrès (A. Cox & Williams, 2008)
 - Aider l'enfant atteints de surpoids ou d'obésité à reconnaître ses potentiels (Li & Rukavina, 2012b; Trout & Graber, 2009)

- **Privilégier le plaisir des enfants lors d'AP** (National Association for Sport and Physical Education, 1998; O'Connor & Graber, 2014; Trout & Graber, 2009)

Suite de l'Annexe IX: Liste des recommandations

Mettre en place un climat rassurant lors des AP

(Gredler, 2003)

- **Connaître et adapter les activités mettant en avant la visibilité du corps et les capacités physiques des enfants atteints de surpoids ou d'obésité**

- Adapter : la course, le fitness, les sauts, les appuis faciaux, ... (O'Connor & Graber, 2014; van Amsterdam et al., 2012).
- Faire des départs à différents intervalles (Trout & Graber, 2009)
- Faire des départs à différents endroits
- Mettre en place des postes d'exercices (Irwin, Symons & Kerr, 2003)
- Occuper tous les enfants pour éviter les spectateurs (Crombie et al., 2011)
- Changer les groupes régulièrement (Crombie et al., 2011)
- Permettre à l'enfant de choisir l'AP dans laquelle il se sent compétent (Carlson, 2010)

- **Proposer des activités dans lesquelles l'enfant atteint de surpoids peut découvrir ses habiletés et prendre du plaisir (Brooks & Magnusson, 2006)**

- Aider l'enfant à se concentrer sur ses performances plutôt que celles des camarades (Trout & Graber, 2009)

- **Bannir les punitions à cause de mauvaises performances physiques**

- **Adapter les AP pour éviter la stigmatisation (Li & Rukavina, 2012b; O'Connor & Graber, 2014; Trout & Graber, 2009)**

- Proposer des activités individualisées (Li & Rukavina, 2012a)
- Proposer des activités diverses : coopération (Li & Rukavina, 2012b), aventures (Priest & Gass, 2005), individuelles et task-oriented (Trout & Graber, 2009)
- Limiter les AP agressives et celles ayant pour cible l'être humain
- Être alerte lors de situations stigmatisantes lors d'AP agressives
- Réaliser un tirage au sort pour le choix des équipes ou imposer les équipes

Suite de l'Annexe IX: Liste des recommandations

Croyances et manque de connaissances des problématiques de l'obésité et de la stigmatisation

Améliorer les connaissances des éducateurs physiques sur la stigmatisation des enfants atteints de surpoids et d'obésité

- **Former les éducateurs physiques sur l'obésité** (Greenleaf et al., 2008; Rukavina & Li, 2008)
 - Améliorer leurs connaissances sur l'étiologie de l'obésité
 - Leur apprendre la tolérance et l'acceptation face aux différences corporelles (Li & Rukavina, 2012a)
 - Leur apprendre le concept et les définitions liés à la santé
- **Former les éducateurs physiques sur la stigmatisation liée au poids** (Greenleaf et al., 2008; Rukavina & Li, 2008)
 - Leur apprendre les types, les acteurs et les conséquences de la stigmatisation
 - Leur apprendre à ne pas utiliser la honte et le blâme comme stratégie pour inclure des changements de comportements chez les enfants atteints de surpoids ou d'obésité
 - Leur apprendre à valoriser les capacités de l'enfant atteint de surpoids ou d'obésité
- **Inclure l'enseignement et l'acceptation de la différence dans les programmes de lutte contre la stigmatisation**