

Article

« La lutte contre l'obésité à l'école : entre biopouvoir et individuation »

Myriam Jacolin-Nackaerts et Jean Paul Clément

Lien social et Politiques, n° 59, 2008, p. 47-60.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/018813ar>

DOI: 10.7202/018813ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

La lutte contre l'obésité à l'école : entre biopouvoir et individuation

Myriam Jacolin-Nackaerts et Jean Paul Clément

Depuis quelques décennies, les pouvoirs publics utilisent les médias de masse pour inciter à l'adoption de pratiques saines en espérant ainsi transformer les rapports à la santé (Berlivet, 2004). L'efficacité de ces actions n'est néanmoins pas démontrée¹. En ce qui concerne l'obésité et le surpoids, dernière pathologie « mise en scène » par les médias, d'importants outils de communication² et campagnes³ sont mis en œuvre.

Au côté de ces « leviers » en matière d'éducation à la santé, l'école est considérée, notamment par l'intermédiaire de l'Éducation physique et sportive (EPS), comme une actrice incontournable pour généraliser les différentes actions de prévention et promotion de la santé. Dès lors, la lutte contre l'obésité et le surpoids, pathologies chroniques contemporaines, devient un objectif important de l'institution scolaire, accompa-

gnant ainsi la prise en charge médicale des enfants et des adolescents obèses. La jonction entre le monde scolaire et le monde médical est d'autant plus indispensable que les études épidémiologiques montrent que l'obésité progresse de manière rapide et constante, surtout chez les enfants, et touche davantage les milieux sociaux les plus précaires⁴. Ainsi, les pouvoirs publics tentent d'intervenir sur les pratiques alimentaires et les pratiques physiques en espérant insuffler l'adoption d'un nouveau « mode de vie » permettant de réduire les conséquences de l'obésité aussi bien sur le plan de la santé physique que sur celui de l'organisation sociale en général. Les tentatives pour « normaliser » les pratiques sociales dans le domaine de la santé publique ne sont pas nouvelles (Fassin, 1996). Pour favoriser l'incorporation de nouvelles normes de santé, en agissant sur

ses déterminants présumés (l'alimentation et l'activité physique⁵), l'école est placée au cœur du dispositif.

L'objectif de cet article est d'analyser la réception par les adolescents obèses des prescriptions des politiques publiques scolaires en matière de prévention de l'obésité. Nous faisons l'hypothèse que la force de l'antériorité des socialisations familiales en matière de comportements alimentaires et physiques explique en partie la résistance des adolescents à cette prescription. Cette analyse rejoint celle de Bernard Lahire (1995) concernant l'influence des dispositions scolaires et des configurations familiales dans la réussite ou l'échec scolaire des enfants issus de milieux populaires. Elle s'appuie essentiellement sur des entretiens réalisés auprès d'adolescents obèses et d'enseignants d'EPS.

Dans une première partie, nous montrerons l'existence d'une croyance en un «biopouvoir» de l'institution scolaire de la part des pouvoirs politiques en ce qui concerne la lutte contre l'obésité, en contextualisant les différentes politiques publiques et les actions majeures entreprises au sein du milieu scolaire dans le cadre de la lutte contre l'obésité. Une seconde partie montrera, à partir d'exemples précis, que la capacité de l'école à réguler et contrôler les pratiques alimentaires et sportives au sein de l'institution scolaire se heurte aux systèmes de dispositions acquises au sein de la cellule familiale.

L'obésité et les politiques de prévention

Pour les pouvoirs publics, l'amélioration de l'état de santé des populations est une condition du bon fonctionnement des sociétés modernes (Herzlich et Adam, 1994). Les politiques de prévention, centrées sur la lutte contre «les pratiques à risque», émergent en France dans le milieu des années 1970 avec la lutte contre le tabagisme (Berlivet, 1997) et s'accroissent avec l'épidémie du sida

(Steffen, 2001). Les années 1980 marquent l'institutionnalisation de cette politique de prévention, avec notamment la création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), et se tournent dès lors vers une éducation à la santé «présentée comme la méthode la plus efficace de réduction de la morbidité et de la mortalité. Il suffirait donc de convaincre les individus de modifier leurs pratiques alimentaires, alcooliques et tabagiques pour améliorer l'état de santé collective» (Fassin, 1996: 113). La lutte contre l'obésité et le surpoids s'inscrit dans cette démarche globale de prévention et de promotion de la santé, essentiellement axée autour de la modification des comportements alimentaires et physiques sur le plan des individus. En ce sens, la lutte contre la maladie et l'éducation à la santé sont concomitantes. L'institutionnalisation et la formalisation récentes des actions politiques, à travers notamment le Programme national nutrition santé (PNNS), confirment la mise en œuvre, dès 2001, d'une véritable politique publique tournée vers la prévention et l'éducation en ce qui concerne la nutrition⁶. Si le but est de lutter contre les différentes maladies chroniques, l'obésité occupe une place particulière dans ce dispositif avec un «plan de prise en charge globale de l'obésité en France» (PNNS 2).

L'école comme instance de lutte sanitaire privilégiée

En ce qui concerne l'éducation pour la santé en milieu scolaire, la promulgation de plusieurs textes officiels émanant du Ministère de l'Éducation nationale (MEN,

1998a; 1998b; 1998c; 1998d) illustre la volonté, dès 1998, de renforcer le rôle de l'école dans ce domaine. Plus récemment, la Circulaire de 2002 fixe le cadre général de la «politique de santé en faveur des élèves» (MEN, 2002a), plaçant l'institution scolaire au cœur du dispositif de la lutte et la prévention du surpoids et de l'obésité.

En effet, les instances politico-sanitaires comptent sur l'influence de l'école pour discipliner les corps des adolescents. Le but ultime est de «redresser» les corps «déviant» et de conserver les corps «normaux». Un véritable «gouvernement des corps» (Memmi, 2004) se manifeste sur la scène scolaire. Par le biais de l'éducation et de la prévention de l'obésité (et plus largement de la santé), les normes médicales⁷ s'imposent et deviennent les normes légitimes à atteindre afin d'améliorer l'état de santé des populations futures⁸. La société française contemporaine se saisit du corps des enfants et des adolescents en définissant ses limites et ses usages légitimes. L'école est un moyen de diffusion et d'intériorisation des normes médicales. Ainsi, la surveillance médicale est relayée par une forme d'intervention étatique et de régulation sociale qui utilise l'institution scolaire. L'élève doit alors incorporer les normes sociales et les faire siennes. On retrouve un processus classique, mais important de convergence entre deux formes de légitimité (scolaire et médicale), permettant ainsi à l'État d'agir afin de tenter de résoudre un problème social.

Par son caractère spécifique, l'institution scolaire française s'impose comme un espace social idéal d'exercice du pouvoir et du «contrôle des corps» en matière d'obésité. Dans la mesure où l'école se caractérise par la précocité dans la prise en charge des enfants, elle peut constituer, à côté de la famille, un espace de «socialisation primaire» puissant pour faire acquérir des comportements alimentaires et corporels corrects sur le plan sanitaire et participer dans une certaine mesure à la construction des habitudes. Elle devient un lieu incontournable d'éducation à la santé en tant que «microenvironnement» (INSERM, 2005: 68) susceptible de favoriser chez les enfants les changements escomptés. Autrement dit, elle est le lieu idéal pour mettre en oeuvre une prévention à la fois sélective et universelle⁹ en exerçant un contrôle visant à la normalisation de tous les corps. De plus, par son caractère «public», elle touche l'ensemble des groupes sociaux. De nombreuses études montrent que les pathologies chroniques et en particulier l'obésité atteignent davantage les personnes issues des classes sociales défavorisées (Leclerc *et al.*, 2000), alors que ce sont ces mêmes personnes qui ont le moins facilement accès aux soins (Mormiche, 1995) et ne se dirigent pas vers des soins de prévention¹⁰ (Mormiche, 1995; Boltanski, 1971). La prise en charge des corps au sein de l'institution scolaire exprime la volonté de lutter contre les inégalités sociales face à la santé.

Les dispositifs disciplinaires au sein de l'école: la nécessaire individuation

Le contrôle et la normalisation des corps au-delà du contrôle tutélaire et «totalitaire» exercé par l'État (Gori, 2004) impliquent l'engagement des personnes dans les processus de conversion. Le biopouvoir s'exerce de manière plus insidieuse par une tentative de responsabilisation des individus et par l'intériorisation des normes (Berlivet, 2004). Ces appropriation et incorporation progressives des normes résulteraient d'une politique publique efficace. Dominique Memmi (2004: 136) souligne, par les termes de «biopolitique déléguée», l'existence d'«un gouvernement s'appuyant sur les sujets, c'est-à-dire qui confie volontiers la gestion rationnelle de l'objet dont il entend réguler les usages (ici des corps) aux individus». Comme le rappelle Luc Berlivet (2000), l'éducation à la santé est née d'une rupture avec l'hygiénisme en refusant le point de vue moralisateur pour se rapprocher des attentes des individus. Le but de l'éducation à la santé consiste dès lors à aider la personne à devenir acteur de ses choix de santé (Lecorps, 2002). L'éducation à la santé en milieu scolaire s'inscrit dans cette démarche:

À l'opposé du conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. [...] Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour

objectif le développement de compétences. (MEN, 1998d)

Ainsi, les actions menées au sein des écoles en matière de lutte contre l'obésité s'inscrivent dans cette nouvelle démarche de gouvernement des corps et conjuguent injonction et responsabilisation individuelle. Les régulations des comportements alimentaires et physiques varient de l'«établissement d'une contrainte très directe et étroite sur les corps jusqu'aux dispositifs visant à convaincre certaines populations d'amender leurs modes de vie dans un sens favorable à leur santé, en passant par de nombreuses situations intermédiaires combinant ces deux dimensions» (Berlivet, 2004: 37).

Dans cette perspective, le contrôle des corps s'objective dans les différents textes et lois lorsqu'il s'agit de créer au sein de l'institution les conditions d'environnement pouvant induire des pratiques favorables à la santé, ce que les pouvoirs publics nomment les actions «passives» (INSERM, 2005), les élèves ne pouvant que se plier à ces contraintes. Ainsi, dès 2001, une circulaire met en avant le rôle de l'école dans la lutte contre l'obésité, notamment celui des cantines scolaires, dans la prévention des problèmes de surpoids¹¹ (MEN, 2001). Elle rappelle les besoins nutritionnels des jeunes ainsi que la composition des repas. Une circulaire de décembre 2003 (MEN, 2003) complète la première en insistant sur la nécessité d'une formation des enfants à la nutrition ainsi qu'à l'activité physique pour prévenir les problèmes de surpoids et d'obésité. La Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de

santé publique prend une des mesures les plus normatives pour lutter contre l'obésité. L'article 30 interdit en effet les « distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants accessibles aux élèves » dans les établissements à compter du 1^{er} septembre 2005¹². Il sera complété par une incitation à placer des fontaines à eau à la disposition des élèves. Ainsi, les temps de l'alimentation de l'enfant et de l'adolescent sont normés, contrôlés et édictés par l'institution scolaire sous le regard légitime des médecins.

D'autres actions, moins coercitives, visent avant tout à transformer les pratiques corporelles et les représentations des élèves pour induire de véritables « conversions » des modes de vie considérés comme néfastes pour la santé. Par exemple, la consommation de fruits et légumes dans les écoles est fortement conseillée. Le rapport de l'INSERM (Bonnin, Chenu, Étiemble et Pouzat, 2003) préconise même, pour répondre à la fois aux objectifs des programmes scolaires et du PNNS, une éducation nutritionnelle dans les programmes dès l'école mater-

nelle par la familiarisation avec les fruits et légumes. Plus encore, il milite pour le développement du goût visant à doter les élèves d'une « culture générale alimentaire » articulée à l'ensemble des savoirs scolaires. Les informations nutritionnelles et les règles diététiques diffusées à travers des actions académiques (Programme de sciences et programme de vie de la Terre, par exemple) ou ciblées (réunion d'information locale et ponctuelle dédiée à la nutrition et à la santé, par exemple) participent également aux changements escomptés sur le plan des pratiques corporelles. Alors même que les pouvoirs institutionnels prétendent accorder à l'individu la liberté de choix, la culture scolaire dans ce domaine semble être la plus légitime au nom de principes de santé collective.

L'EPS : un statut particulier dans l'éducation à la santé

Traditionnellement, l'EPS joue un rôle dans cette éducation à la santé. Depuis son apparition dans l'enseignement scolaire, la santé a toujours constitué une des préoccupations de la discipline (Rauch, 1995). Aujourd'hui, la santé constitue une des visées éducatives communes de l'EPS aussi bien au collège qu'au lycée. Un des objectifs est « l'acquisition de compétences et de connaissances nécessaires à l'entretien de la vie physique et au développement de sa santé tout au long de la vie » (MEN, 2000). Ainsi, l'EPS joue un rôle central et spécifique au sein de l'école en matière de santé en préparant « les jeunes à leur vie future ». Les activités physiques de « santé » et d'« entretien de soi »

(MEN, 2002b) sont dès lors valorisées, comme l'illustre la présence dans les programmes du lycée d'un nouveau groupement d'activité, « Préparation physique et entretien », renforcé par le caractère obligatoire de l'EPS¹³. Par ailleurs, cette discipline tente également de répondre à l'intégration de tous (les élèves obèses inclus) en s'adaptant aux inaptés partiels et aux handicapés physiques (MEN, 1990)¹⁴. Enfin, le champ professionnel de l'EPS foisonne de démarches didactiques et pédagogiques produites par des professionnels (enseignants, IPR, etc.) afin de participer à la lutte contre l'obésité, comme l'illustre la publication d'un dossier par la revue professionnelle des enseignants d'EPS : *L'élève obèse en EPS. Un exemple d'aptitude partielle* (Groupe académique de Versailles EPS et Handicap, 2004). Cette stratégie volontariste vise le développement de l'éducation à la santé et à la lutte contre l'obésité en s'adressant à chaque élève afin de construire un « habitus sportif », et plus généralement un « habitus de santé ».

Si la santé semble davantage appartenir à des médecins et des professionnels de santé, les politiques de santé publique utilisent l'école et notamment l'EPS comme un « espace social » idéal pour le contrôle des corps garanti par les démarches de prévention. L'école, conçue comme un lieu de biopouvoir permettant d'agir sur les comportements alimentaires et les pratiques physiques de manière étatique ou en responsabilisant davantage les élèves, permet l'antériorisation des normes corporelles légitimées par les instances médicales. Mais croire en la nou-

velle forme d'éducation à la santé, c'est «ramen[er] le social au sujet, maître de son destin biologique pour autant qu'il accepte et suive les normes de l'hygiène et les préceptes de la prévention» (Fassin, 1996: 272). Cette conception d'une responsabilisation de l'individu face à la santé, si elle conforte le pouvoir des politiques de prévention, et particulièrement de l'institution scolaire, produit des effets extrêmement limités, parce qu'elle occulte les déterminants sociaux de l'obésité et la puissance des processus de socialisation familiaux.

L'efficacité de la socialisation scolaire en question

Certaines mesures législatives et caractéristiques des programmes scolaires tentent de réguler fortement les comportements des élèves par le biais d'une alimentation équilibrée et d'une pratique physique régulière. Les élèves obèses (c'est-à-dire les plus concernés par les mesures politiques de santé publique) échappent presque totalement à ces dispositifs disciplinaires en développant des stratégies de contournement. La configuration scolaire, en partie créée par l'institution, ne permet pas de produire une transformation escomptée du rapport au corps, voire une conversion corporelle. Tout se passe comme ci les acteurs de l'institution scolaire ne réussissent pas à modifier les effets incorporés de la socialisation familiale.

Par souci de clarté, les pratiques alimentaires et les pratiques sportives seront présentées séparément tout en gardant à l'esprit qu'elles fonctionnent conjointement.

Pratiques alimentaires et stratégies de contournement

En premier lieu, on constate que les directives destinées à réguler les comportements alimentaires des élèves n'affectent pas ceux des jeunes obèses. En effet, d'une manière générale, ils adoptent dans l'espace scolaire des stratégies de contournement permettant d'assurer une continuité entre leurs pratiques alimentaires familiales et leurs pratiques scolaires, en réduisant l'écart existant entre les normes familiales et les normes diététiques institutionnelles. L'écart est d'autant plus important que les adolescents interrogés sont issus pour la plupart de milieu populaire ou rural. On sait en effet que les normes diététiques scolaires en vigueur sont plutôt

en adéquation avec celles des classes supérieures qu'avec celles des élèves issus des classes populaires, y compris pour des raisons économiques¹⁵.

Plusieurs exemples peuvent illustrer ces stratégies de contournement. Tout d'abord, pour les demi-pensionnaires au collège et au lycée, les menus contrôlés et équilibrés doivent théoriquement aider les adolescents à adopter des comportements alimentaires exemplaires. En réalité, les adolescents obèses, majoritairement demi-pensionnaires, mettent en place plus ou moins consciemment des stratégies de détournement des règles collectives édictées par les diététiciennes. Ainsi, 21 des 24 adolescents interrogés soulignent la possibilité de manger sans restriction, détour-

Méthodologie employée

La première partie de l'enquête est réalisée dans un hôpital pour enfants en association avec un Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RÉPOP).

Nous avons effectué 24 entretiens, avec 12 filles et 12 garçons, des adolescents obèses de 12 à 16 ans accompagnés de leurs parents; 12 ans correspond à l'entrée des adolescents au collège et 16 ans à l'âge limite de prise en charge des adolescents au sein de cette structure. Les adolescents choisis sont en obésité de grade 2 (IMC correspondant à une obésité avérée au-delà du surpoids). Nous avons choisi des adolescents en début de prise en charge. Les entretiens sont menés dans le cadre d'une hospitalisation de deux jours dédiée à un bilan général. Ils se déroulent le premier jour à l'occasion d'un examen médical nécessitant l'alitement de l'adolescent pour une durée de deux heures. Nous avons donc pu interroger l'enfant et l'un ou les deux parents. Le temps d'entretien a varié de 50 minutes à 1 heure 45.

La deuxième partie de l'enquête a été réalisée à partir d'entretiens avec des enseignants du second degré en lycée, 5 femmes et 4 hommes, avec qui nous avons réalisé des entretiens afin de mieux appréhender leur rapport aux élèves obèses dans les cours d'EPS.

nant ainsi les règles diététiques. Lorsque, au cours d'un entretien, je m'étonne que Stéphane ait pu prendre du poids en internat où les menus sont pourtant équilibrés, il répond en riant: «Oui... mais je pouvais me resserrer comme je voulais!». Paul révèle également la possibilité de manger plusieurs fois des frites dans la même semaine sans être démasqué ni inquiété. Les internes adoptent d'autant plus facilement ces pratiques qu'ils sympathisent avec les agents de service moins vigilants et plus tolérants concernant les pratiques alimentaires. On ne peut ici détailler toutes les stratégies mises en place par les adolescents qui, d'une certaine manière, rejoignent celles utilisées par les adolescentes anorexiques (Darmon, 2003). L'absence de surveillance de la cantine permet aussi bien aux adolescents obèses qu'aux anorexiques de mettre en place des techniques augmentant ou diminuant la quantité de nourriture absorbée au cours des repas. Cette absence de contrôle se perpétue au lycée. En effet, les adolescents plus âgés prennent leurs repas de midi à l'extérieur du lycée dans les «restaurations rapides» situées à proximité de

l'établissement scolaire. Marie, 15 ans, issue de milieu favorisé, explique ainsi comment elle procédait dans son ancien lycée, avant que sa tante, chez qui elle vit désormais, ne l'oblige à prendre ses repas à la cantine depuis sa prise en charge médicale:

À midi, je restais à l'école, mais je ne mangeais pas au self... Je mangeais dehors... parce qu'en fait [...], y'a le collège ou le lycée et devant, y'a peut-être une boulangerie [...] et y'a 15 000 restaurants! (rires)... Y'a le choix! [...] y'a à peu près la moitié des élèves qui mangent dehors à midi. c'est comme ça! [...] donc, moi, je mangeais dehors à midi [...] tout ce que je voulais!

Pour renforcer les actions de prévention, les pouvoirs politiques espèrent diminuer le nombre de prises alimentaires entre les repas en supprimant les distributeurs automatiques. Le grignotage des jeunes ainsi que la surconsommation de boissons sucrées contribuent à augmenter l'obésité (AFSSA, 2004). Néanmoins, l'analyse des entretiens montre que, dès leur retour à la maison, les adolescents ne respectent pas les restrictions alimentaires imposées par l'école ainsi que les recommandations diététiques. Par exemple, le goûter est trop copieux et mal équilibré. Ainsi, Paul, avec l'approbation parentale, «adore manger au goûter en rentrant de l'école [...] de la charcuterie avec du pain et du beurre... ça c'est vraiment bon!... Ou alors du fromage aussi... Des fois, c'est du Nutella... ça m'arrive... mais je préfère quand même la charcuterie». Par ailleurs, si l'institution scolaire espère limiter de manière signifi-

cative le grignotage entre les repas, les cas de «frénésie alimentaire» persistent à la maison dans la majorité des cas ainsi qu'en internat. Certains parents décrivent avec précision les comportements des adolescents:

Je m'en suis aperçue [qu'il grignotait] parce qu'il est parti un mois... Enfin, il nous avait demandé de venir à l'hôpital des enfants et je lui ai dit: non! d'abord, il faut que tu arrêtes de manger des cochonneries! Et là, tu vas maigrir... ou tu ne grossiras pas et tu grandiras... Donc, il est parti chez son oncle pendant un mois... les vacances dernières... Et là, j'en ai profité pour ranger sa chambre! Et là, j'ai compris vraiment qu'il ne grignotait pas en dehors des repas... mais qu'il mangeait de façon régulière! [...] [C'est-à-dire] des yaourts, des chips, des bonbons, des gâteaux apéritifs, une banane! [...] Des peaux de banane, oui!... des peaux de bananes, j'ai trouvé!... Du pain... certainement du chocolat, mais ça, il n'en a pas laissé de miettes! (Rires) [J'ai pris conscience] du fait qu'il mangeait en dehors des repas... Je le savais que, de temps en temps, il prenait un fruit... parce que, des fois, il me le disait... mais qu'il mangeait autant de choses en dehors des repas! [...] Je ne savais pas qu'il en prenait dans le placard... ou des paquets de gâteaux... carrément hein?... Les paquets de gâteaux, il les prenait... il les mettait dans son armoire... dans son placard... sous le lit... Y'en avait partout quoi... (Mère de Jean)

Les entretiens ainsi que les carnets de suivi alimentaires ont permis d'identifier plusieurs types de pratiques alimentaires familiales en relation avec les conditions sociales déjà mis en évidence par d'autres auteurs (Grignon et Grignon, 1981). Les différentes

attitudes parentales à l'égard de l'alimentation favorisent parfois les stratégies de contournement vis-à-vis des normes diététiques scolaires. Le premier type de repas correspond à des repas plutôt « traditionnels » avec une surconsommation de pain, pâtes, charcuterie, graisse, pommes de terre... Les adolescents prenant ce type de repas opposé aux normes diététiques imposées par l'institution scolaire sont issus majoritairement de milieux populaire et rural et de familles dont les parents sont mariés. Les parents, tous en surpoids ou obèses (selon l'IMC), transmettent des pratiques alimentaires éloignées des normes diététiques et scolaires.

Des repas plutôt équilibrés avec une consommation cependant insuffisante de fruits et légumes constituent le deuxième type de pratique familiale. Le problème n'est pas tant la qualité des repas, mais la quantité des repas, accentuée au petit-déjeuner et au goûter, toujours très abondants. Ces adolescents ont tendance à se resservir plusieurs fois, même chez eux, sans que les parents ne les réprimandent. Ils appartiennent à des classes sociales plutôt moyennes et mieux dotées en capital scolaire et culturel. Les parents sont majoritairement « seulement » en surpoids ou parfois de poids normal. Les parents semblent être plus sensibles aux recommandations nutritionnelles et essaient de faire bonne « figure ».

Enfin, dans les derniers cas, lors des repas pris en famille, la surveillance parentale par rapport aux normes diététiques s'exerce

peu. Les adolescents, qui ne sont donc pas restreints, sont généralement plutôt issus des classes supérieures, même si les raisons de cette permissivité peuvent être différentes. Lorsque les parents sont divorcés, comme les parents de Morgane, Élodie et Romain, la mère est vigilante, tandis que le père n'exerce aucune surveillance et les repas comportent beaucoup trop de féculents. Le mode d'éducation peut également expliquer la liberté laissée à l'adolescent sur le plan alimentaire. Par exemple, Marie, dont les parents, respectivement notaire et médecin, sont fréquemment absents du domicile familial, explique qu'elle possède une liberté totale, y compris sur le plan alimentaire, dont elle use largement par des prises alimentaires abondantes et fréquentes. En revanche, pour Manon, le mode d'éducation valorise l'autonomie de l'enfant ainsi que le respect des actes et décisions de chaque membre de la famille. Cette autonomie se reflète dans tous les domaines, même sur le plan alimentaire. La mère de Manon nous dit qu'elle doit « se gérer seule », « faire les choses d'elle-même », « tout en se faisant plaisir, car le plaisir, c'est très important ».

Ces différents exemples montrent que les adolescents obèses ne cherchent pas, contrairement aux anorexiques, à échapper à la surveillance des parents, mais plutôt à transgresser les normes diététiques imposées par la configuration scolaire qui ne correspondent pas à celles véhiculées dans le milieu familial. Ces stratégies de contournement utilisent (comme dans le cas des anorexiques) la variation des espaces

de socialisation, mais surtout les interstices de la surveillance. L'absence de vigilance des agents institutionnels, parfois même de connaissances ou d'adhésion aux normes diététiques imposées par les textes officiels, favorise ces stratégies. Les comportements alimentaires des adolescents aussi bien au sein de l'institution scolaire qu'à l'extérieur ne sont pas affectés par l'éducation à la nutrition proposée par les programmes scolaires et sa mise en œuvre dans la restauration scolaire. Le message ne passe pas, comme le montre le discours de Cyril : « Je suis pas trop motivé pour changer des trucs... en plus... enfin, manger... manger... je mange bien donc... je vois pas trop ce que je pourrais changer là-dessus ». Pourtant, le carnet de suivi alimentaire fait apparaître de manière flagrante le déséquilibre alimentaire.

Les stratégies de contournement adoptées à l'école s'étendent à la famille lorsque l'un des parents, alerté le plus souvent par le médecin généraliste, commence le travail de surveillance essentiellement axé autour du grignotage entre les repas. Le « travail de leurre » (Darmon, 2003) apparaît alors sur la scène familiale pour pouvoir grignoter sans être réprimandé :

Il met des trucs de côté dans sa chambre... Il va dans les placards, il prend des trucs dedans et il va les manger en cachette. Je retrouve des pots, des trucs comme ça, sur le rebord de la fenêtre des toilettes... Il arrive à manger un gros paquet de chips... J'avais acheté des plaquettes de chocolat au lait y'a pas longtemps, il a tout mangé en une fois ! Alors, ça fait 15 jours que je

planque tout... et à table... je fais attention... j'essaie de voir ce qu'il mange et de contrôler un petit peu... mais en dehors, je sais pas trop ce qu'il mange [...] parce que tout part... (Mère de Maxime)

Ainsi, le début de prise en charge provoque le passage d'un travail de discrétion dans l'espace scolaire à un travail de leurre dans l'espace familial. Comme dans d'autres cas de «déviances alimentaires» ou de consommation de produits illicites, en tout cas tant que le pronostic vital n'est pas en jeu, les stratégies de «masquage» continuent à fonctionner à l'égard des institutions ou des entrepreneurs de morale (Becker, 1985; Darmon, 2003).

Pratiques physiques et stratégies de contournement

Dans les programmes scolaires, l'éducation physique et sportive est théoriquement obligatoire. Pourtant, une majorité de jeunes obèses, et plus particulièrement les filles, échappe à cette obligation.

La dispense totale des cours d'EPS, malgré les possibilités d'inaptitude partielle offertes par les

textes officiels, constitue une des stratégies de contournement :

[La dispense], c'est une fausse excuse. [...] Moi, je pense qu'elle pourrait faire le sport ! [...] Elle fait du théâtre... et le théâtre, c'est physique quand même ! Y'a des sports qui sont pas forcément très physiques... Bien sûr, on ne lui demande pas de soulever des poids !... Mais franchement, elle pourrait faire un peu de sport !... Elle pourrait faire un sport de manière plus modérée [...] Le problème, c'est que sa mère... dès le départ... elle l'a tellement protégée... du fait qu'elle [...] avait toujours une entorse ou [...] un truc quoi !... Sa mère se disait mieux vaut la protéger... et elle ne voulait plus qu'elle fasse de sport... Et c'est vrai que c'est devenu une habitude. (Tante de Marie)

Ainsi, 8 (5 filles et 3 garçons) des 24 adolescents interrogés sont dispensés à l'année des cours d'EPS, proportion importante comparée au nombre d'élèves habituellement dispensés en collège et lycée (5,4% de dispensés d'EPS en 2004 au baccalauréat dans l'académie de Toulouse). Les enseignants d'EPS interrogés confirment que les élèves en surpoids sont souvent dispensés à l'année. Ils regrettent l'impossibilité de contrôler la validité des dispenses d'EPS délivrées par les médecins, accédant la plupart du temps à la demande des familles.

En ce qui concerne les adolescents obèses non dispensés, la plupart affirment dans les entretiens «aimer les cours d'EPS», certains allant même jusqu'à présenter l'EPS comme leur «matière préférée». Cependant, une majorité avoue ne pas participer activement aux cours d'un point de vue physique et ne pas viser la réalisa-

tion d'une performance sportive, ce qui n'est pas forcément perçu de manière négative par les enseignants d'EPS. La nature de l'investissement permet pour Jacqueline «l'acquisition d'autres compétences». Ce professeur évoque longuement le cas d'une fille obèse, qui, lors d'un cycle de danse, s'est investie de manière importante dans le rôle de chorégraphe et quasiment pas dans le rôle de danseuse, permettant ainsi à son groupe de réaliser une prestation de qualité. L'enseignante a choisi de valoriser cette élève par la note, malgré la stratégie de contournement explicitement adoptée pour échapper à la pratique physique et au regard des autres. Utiliser un autre capital que le capital corporel pour éviter de pratiquer tout en adoptant une stratégie «légitime» au regard des enseignants d'EPS est possible compte tenu de l'idéal de la «participation» et de l'objectif d'intégration de l'EPS. En d'autres termes, le souci de légitimité scolaire, impliquant que l'EPS n'est pas seulement une discipline où «l'on bouge», favorise dans ce cas l'absence d'activité physique.

La dispense ponctuelle, largement utilisée, constitue une autre manière d'échapper à la pratique physique, notamment pour des activités physiques inappropriées ou discréditant les élèves obèses. Les adolescents opèrent donc par choix dans leur engagement. Un enseignant relate le cas d'une élève, déclarée obèse, systématiquement dispensée par ses parents ou par l'infirmière pour certaines activités physiques (gymnastique au sol, escalade, course de durée) ou pour des séances d'évaluation program-

mées à l'avance et pratiquant pourtant systématiquement lors des activités plus «corporellement» favorables (badminton).

Par ailleurs, beaucoup avouent apprécier les différentes pertes de temps liées aux contraintes matérielles (habillage/déshabillage, installation du matériel, trajet pour se rendre sur les lieux de pratique...) qui permettent de réduire le temps consacré à la pratique physique. Enfin, dans les collèges et lycées, l'Association sportive, sans être obligatoire, favorise la pratique d'une activité physique régulière en compétition ou en loisir. Seuls 4 adolescents sur les 24, une fille et trois garçons, y participent essentiellement pour accompagner leurs amis (les licenciés à l'AS représentent environ 18% des élèves dans les établissements publics du second degré).

Non seulement les adolescents contournent de manière massive et systématique les pratiques physiques scolaires, mais l'école constitue parfois un frein à la pratique physique. En effet, 8 adolescents sur 24 ont été amenés à effectuer une scolarité dans un internat, réduisant considérablement l'engagement régulier dans une pratique sportive¹⁶ et provoquant parfois l'abandon de la pratique comme le confirme la mère de Mathieu qui pratiquait le rugby :

Il y a tout simplement un problème matériel [...] il est interne, donc il ne peut pas [...] aller aux entraînements la semaine... les matchs, c'est tous les samedis... à droite ou à gauche... Même nous, avec le boulot, on s'est toujours débrouillé pour l'y emmener quand il avait le rugby ou l'athlétisme... si on ne pouvait pas, d'autres personnes le

faisaient... Mais bon, du moment où vous n'allez pas aux entraînements, vous n'allez pas aux matchs ! Il n'y a pas de club [...] où vous pouvez faire de l'entraînement le week-end ! [...] Ce n'est pas vraiment engageant dans ce sens-là... Avant qu'il soit interne, il avait fait du rugby et du foot [...] et là, il ne fait plus rien du coup !

Certains adolescents obèses pratiquent une activité sportive en dehors de l'école (ce qui reste exceptionnel chez les filles). Le choix des activités pratiquées, au-delà des déterminismes sociaux et culturels (Pociello, 1995), dépend étroitement des stratégies mises en place pour faire face à la stigmatisation dans le cadre d'interactions avec des individus «normaux» au cours des pratiques physiques. Ainsi, les adolescents choisissent des activités adaptées à leur gabarit qui leur permettent généralement de se mettre en valeur (rugby et lancer pour les garçons; tennis pour les filles). Le corps n'est plus stigmatisé comme dans d'autres situations sociales, comme parfois dans le cas de situations scolaires. Il devient un capital corporel porteur d'un statut sportif et permet l'accès à une reconnaissance sociale. La deuxième stratégie est de pratiquer une activité physique permettant de ne pas se discréditer, car le rôle du poids est minimisé (tennis de table, gardien de but au foot pour les garçons; natation et équitation pour les rares filles). Néanmoins, en prenant de l'âge, le poids devient un handicap et incite souvent les adolescents à abandonner la pratique sportive (l'avantage du poids en benjamins ou minimales dans le cas du rugby disparaît au profit de la vitesse à l'adolescence). Les filles sont éga-

lement amenées à abandonner la natation lorsque le poids, devenu trop important, engendre des moqueries répétées, et que le regard des autres devient trop pesant.

La nature des stratégies de contournement employées en EPS dépend du moment de la trajectoire sportive où se situe l'adolescent et donc plus largement de son poids. Ainsi, les stratégies mises en œuvre pour contourner le caractère obligatoire de la pratique sportive scolaire, vécue souvent par les adolescents comme trop stigmatisante, et les abandons dans domaine sportif extrascolaire conduisent progressivement à l'abandon de toute pratique physique.

L'engagement dans les pratiques sportives scolaires s'inscrit en continuité avec celui initié par la famille. En effet, dans la majorité des cas, il existe une reproduction familiale de la trajectoire de la pratique sportive, que les parents soient sportifs ou non. Ainsi, nous pouvons constater à quel point le rapport à l'activité physique se transmet au sein des familles. Les stratégies de contournement utilisées par les adolescents ne sont qu'une préservation des habitudes sportives construites au sein de la cellule familiale. L'école est le lieu de reproduction des inégalités entre les sexes et entre les classes sociales. En effet, les dispositions construites au sein des familles inclinent davantage à la sédentarité qu'à l'activité physique. Celle-ci ne fait pas partie des priorités éducatives des parents et n'est pas perçue comme pouvant être bénéfique à l'enfant, soit par méconnaissance des effets qu'elle

procure sur le corps¹⁷, soit par le peu d'importance accordée à l'esthétique corporelle¹⁸, soit par une plus grande valorisation des compétences intellectuelles par rapport aux compétences physiques (notamment chez les filles). L'activité physique participe plutôt à l'épanouissement personnel pour les filles, en complément de l'école susceptible de favoriser des pratiques « intellectuelles ». Pour les garçons, elle est plutôt conçue comme un lieu d'expérience com-

munautaire susceptible d'ouvrir l'enfant vers l'extérieur. Chez les adolescents obèses, des dispositions à la liberté et au plaisir dans la pratique physique prédominent plutôt que la recherche d'ascétisme, d'autocontrainte et d'excellence corporelle mis en évidence chez les anorexiques (Darmon, 2003). Dès lors, l'absence d'investissement des adolescents obèses dans les pratiques sportives scolaires n'inquiète pas *a priori* les parents. Les normes de santé

Portrait d'une adolescente

Manon, âgée de 15 ans, élève de seconde scolairement très brillante, vit dans un village avec ses deux parents et son frère aîné. Son père, cadre financier, régulièrement en déplacement, est souvent absent de la maison, tandis que sa mère se consacre à l'éducation de ses deux enfants.

Selon son dossier médical, à son arrivée à l'hôpital des enfants, l'IMC de Manon est de 39,2, malgré des tentatives de régime avortées en raison de leur caractère trop restrictif. Sa mère me confie qu'elle a toujours été plus corpulente que les autres filles de son âge avec une avance morphologique de 2 ou 3 ans. Elle est cependant choquée du terme d'« obésité grave » employé par le médecin, alors que sa fille pèse 116 kg pour 1 m 72.

Sur le plan alimentaire, le carnet de suivi révèle quatre repas par jour plutôt équilibrés, mais beaucoup trop copieux. Manon, demi-pensionnaire, consomme énormément de pain à table à la place des légumes dont elle ne raffole pas, sans cependant refuser d'en manger. À la maison, comme à la cantine, elle se ressert « modérément » et préfère les menus à base de féculents. Le goûter est très copieux même si équilibré (yaourt, pain, beurre, confiture ou miel et jus de fruits) et constitue, au retour de l'école, un moment de complicité avec sa mère et de détente avant les devoirs. Les repas du soir sont pris systématiquement en famille. Le grignotage entre

les repas reste toutefois modéré et maîtrisé. À la suite de différents échecs vécus lors de précédents régimes, la mère ne veut pas imposer de modèle alimentaire à Manon : « Qu'on ne soit pas en permanence derrière elle [...] même si ce n'est pas évident... elle se gère... On lui explique, mais... elle se gère. De temps en temps, un petit rappel pour ne pas qu'elle se démoralise... Si vous voulez un peu qu'elle se sente soutenue, mais elle doit faire elle-même les choses. Soutenue, guidée, mais c'est elle qui doit décider [...]. Tout ça se fait dans le plaisir ».

La trajectoire sportive de Manon est « multisport ». Manon a pratiqué le karaté, puis la danse et la natation de manière éphémère. Elle s'engage durant quatre ans dans la pratique du tennis en club et parvient à devenir championne départementale en poussine et benjamine. Ainsi, elle teste un nombre important de pratiques jusqu'à ce qu'une d'entre elles lui permette d'adopter une stratégie efficace par rapport à la gestion de son stigmat. Elle arrête le tennis lorsqu'en « tournois, ça n'a rien donné... je perdais tout ». Elle m'explique : « C'est depuis toujours que je me sens essoufflée... mais en poussine et en benjamine, le souffle, ça compte pas trop. J'étais plus grande que toutes les autres donc en fait, j'avais moins de souffle, mais j'avais plus de force... j'avais beaucoup de force... » Quand le poids devient un réel handicap, elle abandonne le tennis au profit de l'équitation. Depuis un mois et demi, conseillé par

publique valorisant la pratique physique quotidienne, éloignées des normes familiales, ne sont pas appropriées par les élèves.

Ces exemples illustrent le fait que l'EPS, en valorisant une certaine polyvalence sportive, ne propose pas de pratique adaptée aux élèves obèses et, par là même, ne déclenche pas d'adhésions susceptibles de modifier les dispositions corporelles chez les adolescents obèses. Les initiatives indivi-

duelles, comme celle d'une enseignante de lycée adaptant les barèmes et épreuves à toute forme d'inaptitude, restent exceptionnelles. De manière générale, tant sur le plan des pratiques alimentaires que sportives, la famille construit des normes qui sont fortement incorporées au point de devenir « naturelles » et d'engendrer des stratégies de contournement des normes institutionnelles de santé.

Pour illustrer nos propos, nous proposons de dresser le portrait d'une des adolescentes interrogées (voir l'encadré).

Conclusion

La politique publique de prévention et de lutte contre le surpoids et l'obésité est placée au cœur des politiques de santé publique. Comme le confirme la déclaration de Xavier Bertrand (Ministre de la Santé) en 2006: « Il est de notre

un médecin, elle reprend une pratique « médicalisée », c'est-à-dire encadrée par un kinésithérapeute, son poids ne lui permettant plus de monter les chevaux convoités. Les parents, également en surpoids (IMC du père = 27,5 et IMC de la mère = 26,7) ont souvent initié la pratique de Manon, sauf en ce qui concerne l'équitation. Le père pratique en effet l'aïkido et la mère la natation. La pratique sportive modérée a d'ailleurs constitué jusqu'à 12 ans pour Manon un moment de convivialité avec ses parents. Elle aimait les balades en vélo avec son père et allait à la piscine avec sa mère. Cependant, les parents considèrent qu'il est important, mais non essentiel de faire choisir un sport tous les ans à leurs enfants. Le sport permet, au même titre qu'une autre activité culturelle, l'épanouissement de l'enfant. Ils ont toujours laissé Manon libre de choisir ou non de pratiquer. Manon affirme d'ailleurs que « le sport, c'est important, mais pas vital » pour elle. À l'école, elle avoue sans aucun complexe son manque d'investissement, même si elle n'a jamais été dispensée : « [Les cours d'EPS] par contre ! (rire) On va dire que ce n'est pas très intense en fait... je ne fais pas rien, mais bon... on va dire que je fais le minimum... Bon, déjà, je n'aime pas courir, ça ne me plaît pas alors... En fait, mon investissement en EPS est plutôt faible... je le fais... je dis pas... je le fais... mais bon, je vais pas non plus [...] je me donne pas vraiment à fond et à vrai dire ça me soule plutôt qu'autre chose... parce qu'en EPS, c'est imposé... Ça ne vient pas de

moi, alors qu'à la salle de muscu, en fait, je me gère complètement... C'est moi qui gère mon effort, ma fatigue ». Par rapport aux autres élèves, elle avoue sa différence : « Oulà ! Moi, je suis toujours... Ça dépend des sports... y'a des sports... je n'ai pas du tout de souffle... En course, on va dire que je suis carrément en bas... au ras des pâquerettes... loin, loin, derrière les autres... Les autres sports comme badminton ou des trucs comme ça, ça me plaît par contre... Je suis quand même dans les dernières, mais ce n'est pas la cata comme dans les sports d'endurance [...]. Mais bon franchement... pfff... je m'ennuie en fait ! ».

La socialisation infantine de Manon, marquée par une éducation basée sur la confiance, l'autonomie et le respect des autres, l'amène aujourd'hui à construire des dispositions centrées sur la notion de liberté et de plaisir. Ainsi, en ce qui concerne les pratiques alimentaires et sportives, les parents de Manon n'ont jamais rien imposé et préfèrent la laisser libre de ses choix sans subir les injonctions esthétiques de la société actuelle. L'institution scolaire ne lui permet pas de déconstruire ses comportements « déviants » d'autant qu'ils ne sont pas conçus comme déviants par la famille. Ainsi, Manon utilise des stratégies de contournement afin d'échapper aux normes institutionnelles et de préserver les valeurs transmises par sa famille. Dans ce cas, l'école ne permet pas à Manon de s'engager dans un nouveau rapport au corps.

devoir de tous nous mobiliser et de faire passer ce message: «Oui, la nutrition est devenue une politique de santé publique à part entière, elle doit devenir une habitude quotidienne pour chacune d'entre nous». Dans cette perspective, l'école est perçue comme une instance de lutte sanitaire privilégiée susceptible d'instaurer un véritable «gouvernement des corps» à l'égard des adolescents obèses et en surpoids. Ainsi, les instances politiques espèrent, notamment grâce à l'institution scolaire, transformer des habitudes alimentaires et sportives «déviantes» en reconstruisant des dispositions corporelles plus «saines» et plus conformes aux normes édictées par la diététique et ainsi améliorer l'état de santé futur de la population. Cependant, notre enquête montre que les adolescents obèses résistent à ces changements en élaborant des stratégies de contournement des prescriptions médicales et institutionnelles. Les socialisations antérieures, en particulier familiales, en matière de pratiques alimentaires et corporelles, résistent à la construction d'un nouveau rapport au corps des institutions scolaires et médicales. Cet objectif de conversion corporelle est d'autant plus difficile que

de nombreux acteurs de l'institution scolaire considèrent que l'école ne peut pas devenir un nouveau lieu de «diktat de la minceur» (Hubert, 2004) conduisant à stigmatiser et culpabiliser les adolescents obèses. En effet, bon nombre d'études sociologiques observent que la transformation du rapport au corps nécessite un engagement personnel de longue haleine et une incorporation des normes, processus qui ne peut s'effectuer indépendamment, dans le cas de l'obésité, des instances de socialisation. Dans ces conditions, il semble que l'école ne puisse devenir qu'un relais pour favoriser le maintien d'un engagement personnel dans les processus d'amaigrissement. Enfin, les messages de prévention relayés par l'école peuvent provoquer des effets pervers, par exemple faire de l'école une fabrique de «petites anorexiques», pour reprendre l'expression de Jean-Pierre Corbeau (2005), et donc ne pas cibler les personnes les plus concernées par les problèmes de santé liés au poids. Enfin, l'effet des messages et des stratégies de prévention ne peuvent être évalués indépendamment du statut social des récepteurs et de la signification de ces messages dans l'environnement social des individus.

MYRIAM JACOLIN-NACKAERTS
Professeure agrégée d'EPS —
doctorante

JEAN PAUL CLÉMENT
Professeur
Laboratoire Sports,
Organisations, Identités (SOI)
UFRSTAPS
Université Paul Sabatier de
Toulouse 3

Notes

- ¹ Selon Denny Vagerö (1991), les programmes gouvernementaux destinés à influencer sur les comportements en matière de tabagisme, d'alcoolisme et d'alimentation tendent à accroître les inégalités sociales, dans la mesure où les classes supérieures sont les plus réceptives à ce type d'intervention.
- ² Par exemple, l'INPES a édité des fascicules: *La santé vient en mangeant* (2002), *La santé vient en bougeant* (2004).
- ³ Par exemple, depuis le 28 février 2007, un décret d'application et un arrêté de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (article 29) imposent aux annonceurs de certains produits alimentaires d'introduire des messages sanitaires dans leurs publicités et outils d'informations.
- ⁴ Nous invitons le lecteur à se référer aux enquêtes ObÉpi 1997, 2000, 2003 et 2006.
- ⁵ L'activité physique est considérée selon deux aspects: lutter contre la sédentarité et favoriser au maximum la pratique d'une activité sportive régulière encadrée ou non: «Trente minutes de marche active par jour» (PNNS 2).
- ⁶ «Le terme nutrition est considéré dans une acception qui comprend tant les apports nutritionnels et donc l'alimentation que les dépenses énergétiques via l'activité physique» (fondement du PNNS2: 6).
- ⁷ La norme en ce qui concerne le poids est définie par une référence médicale désormais internationale: l'Indice de masse corporelle (IMC) égal au poids (en kg) divisé par la taille (en centimètres) au carré. Pour un adulte, un IMC au-delà de 25 définit le surpoids et au-delà de 30, l'obésité. Le surpoids (obésité de grade 1) et l'obésité (obésité de grade 2) sont définis chez les enfants par des courbes (Rolland-Cachera, 1991) qui mettent en relation l'IMC, l'âge et le sexe de l'enfant.

- ⁸ L'obésité infantile est prédictive d'une obésité adulte (De Perreti, 2004).
- ⁹ Le rapport INSERM de 2005 définit trois types de prévention : universelle, sélective et ciblée.
- ¹⁰ Mormiche (1995) le démontre statistiquement et confirme ainsi la distinction déjà établie par Boltanski (1971) entre les « usages sociaux du corps ». Ce dernier montre que, dans les classes populaires, la maladie et sa gestion sont vécues sur un mode curatif et réparateur. tandis que, dans les milieux aisés, l'attention portée au corps de manière continue induit une gestion préventive de la maladie.
- ¹¹ Les textes concernant l'éducation à la nutrition au sein de l'institution scolaire visent pour la première fois la lutte contre l'obésité.
- ¹² Cette disposition impose l'éviction de toutes les barres chocolatées et boissons gazeuses à haute densité énergétique dans les établissements scolaires.
- ¹³ L'institution scolaire impose l'EPS par les programmes du CP au lycée, avec un volume horaire hebdomadaire variant de deux à quatre heures par semaine.
- ¹⁴ La circulaire 90-107 du 17 mai 1990 remplace la notion de dispense par celle d'inaptitude. Cela implique la présence de tous les élèves en cours, même ceux présentant un surpoids ou une obésité. L'enseignant doit alors adapter son évaluation et ses contenus d'enseignement aux élèves considérés comme inaptes partiels.
- ¹⁵ Dans notre étude, seulement 16 % des adolescents interrogés (soit 28,5 % des filles et 6,2 % des garçons) sont issus de classes sociales supérieures, 33,3 % de classe sociale moyenne (soit 35,7 % des filles, 31,25 % des garçons) et 50 % de classes sociales populaires (soit 35,7 % des filles et 62,5 % des garçons).
- ¹⁶ Les jeunes internes, en particulier les filles, sont nettement moins nombreux à faire du sport que les externes ou les demi-pensionnaires (Choquet et al., 2001).
- ¹⁷ Les individus les plus diplômés sont plus nombreux que les individus les moins diplômés à penser que le sport joue un rôle essentiel sur la prise de poids. Les individus des classes populaires ne voient pas non plus dans le sport un facteur de lutte contre le gain de poids (Union européenne, 1999). Plus les personnes sont socialement favorisées, plus elles sont convaincues qu'il existe des moyens d'agir sur la santé et que ces moyens relèvent en grande partie de leur propre responsabilité (D'Houtaud et Field, 1989).
- ¹⁸ Les filles appartenant à des milieux aisés cultivent un plus grand souci du corps (Maisonneuve et Bruchon-Schweitzer, 1999), alors que les femmes de milieux populaires, notamment celles sans activité professionnelle, valoriseraient le corps principalement conçu comme outil de travail ou comme marque de maternité (Schwartz, 1990), plus que comme objet de séduction ou support esthétique.

Références bibliographiques

AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments). 2004. *Glucides et santé. État des lieux, évaluation et recommandations*, Rapport du comité d'expert spécialisé en alimentation et nutrition humaine, AFSSA : 66-73.

BECKER, Howard Saul. 1985. *Outsiders*. Paris, Métailié.

BERLIVET, Luc. 1997. « Naissance d'une politique symbolique : l'institutionnalisation des « grandes campagnes de prévention » », *Quaderni*, 33 : 97-177.

BERLIVET, Luc. 2000. « De l'éducation sanitaire à la promotion sociale de la santé : la santé publique face à des accusations de moralisme », dans Alain GARRIGOU (dir.). *La santé dans tous ses états*. Biarritz, Éditions Atlantica : 243-270.

BERLIVET, Luc. 2004. « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. », dans Didier FASSIN et Dominique MEMMI (dir.). *Le gouvernement des corps*. Paris, Édition de l'EHESS : 37-75.

BOLTANSKI, Luc. 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales*, janvier-février, 1 : 205-229.

BONNIN, Fabienne, Catherine CHENU, Jeanne Étiemble et Catherine POUZAT (dir.). 2003. *Santé des enfants et des adolescents : proposition pour la préserver*. Paris, INSERM.

CHOQUET Marie, Hélène BOURDES-SOL, Philippe ARVERS, Philippe GUILBERT et Christine DE PERETTI. 2001. *Jeunes et pratiques sportives. L'activité sportive à l'adolescence. Les troubles et conduites associées*. Marly-le-Roi, INJEP.

CORBEAU, Jean-Pierre. 2005. « Les canons dégraissés : de l'esthétique de la légèreté au pathos du squelette », dans Annie HUBERT (dir.). *Corps de femmes sous influence. Questionner les normes. Les Cahiers de l'Ocha*, 10.

DARMON, Muriel. 2003. *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris, Édition La Découverte.

DE PERETTI Christine. 2004. « Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième », *Études et Résultats DREES*, 283.

D'HOUTAUD, Alphonse et Mark George FIELD. 1989. *Les représentations de la santé*, Paris, INSERM.

FASSIN, Didier. 1996. *L'espace politique de la santé*. Paris, PUF.

GORI, Roland. 2004. *La santé totalitaire : essai de médicalisation de l'existence*. Paris, Delanoël.

GRIGNON, Claude et Christiane GRIGNON. 1981. « Alimentation et stratification sociale », *Cahiers de nutrition et diététique*, 16, 4 : 207-217.

HERZLICH, Claudine et Philippe ADAM. 1994. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris, Nathan.

- HUBERT, Annie (dir.). 2004. «Corps de femmes sous influence. Questionner les normes», *Les Cahiers de l'Ocha*, 10.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM). 2005. *Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*. Paris, Inserm.
- LAHIRE, Bernard. 1995. *Tableaux de famille: heurs et malheurs scolaires en milieux populaires*. Paris, Le Seuil/Gallimard.
- LECLERC, Annette, Didier FASSIN, Hélène GRANDJEAN, Monique KAMINSKI (dir.). 2000. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte.
- LECORPS Philippe. 2002. «1942-2002: de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé», *La Santé de l'homme*, 315: 32.
- MAISONNEUVE Jean et Marilou BRUCHON-SCHWEITZER. 1999. *Le corps et la beauté*. Paris, PUF.
- MEMMI, Dominique. 2004. «Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie du corps autour de la naissance et de la mort», dans Didier FASSIN et Dominique MEMMI (dir.). *Le gouvernement des corps*. Paris, Édition de l'EHESS: 136-151.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MEN). 1990. «Contrôle médical des inaptitudes à la pratique de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignements», Circulaire n° 90-107, 17 mai, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 25.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MEN). 1998a. *Plan de relance pour la santé scolaire*, Conférence de presse de Madame la Ministre déléguée, chargée de l'Enseignement scolaire.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MEN). 1998b. «Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté», Circulaire n° 98-108, 1^{er} juillet, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 28.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MEN). 1998c. «Éducation à la sexualité et prévention du sida», Circulaire n° 98-234, 19 novembre, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 46.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MEN). 1998d. «Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège», Circulaire n° 98-237, 24 novembre, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 45.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MEN). 2000. «Programmes des enseignements de la classe de seconde générale et technologique. Éducation physique et sportive», *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 31 août, HS 6.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MEN). 2001. «Restauration scolaire», Circulaire n° 2001-118, 25 juin, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 9.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MEN). 2002a. «Politique de santé en faveur des élèves», Circulaire n° 2002-098, 25 avril, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 18.
- MEN (Ministère de l'Éducation nationale). 2002b. «Organisation du contrôle en cours de formation et de l'examen ponctuel terminal prévus pour l'éducation physique et sportive des bacheliers d'enseignement général et technologique», arrêté du 9 avril 2002, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 18.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MEN). 2003. «La santé des élèves: programme quinquennal de prévention et d'éducation», Circulaire n° 2003-210, 1^{er} décembre, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 46.
- MORMICHE, Pierre. 1995. «Les disparités de recours aux soins», *Économie et statistique*, 1993, 265, 5: 45.
- PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ 2001-2005 (PNNS). 2001. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, <<http://www.mangerbouger.fr/telechargements/pnns/intro/pnns.pdf>>. Page consultée le 6 mars 2008.
- PNNS 2, Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010. 2006. Ministère de la Santé et des Solidarités, <http://www.santé.gouv.fr/htm/actu.pnns_060906/plan.pdf>. Page consultée le 6 mars 2008.
- POCIELLO, Christian. 1995. *Les cultures sportives*. Paris, PUF.
- RAUCH, André. 1995. *Histoire de la santé*. Paris, PUF.
- ROLLAND-CACHERA, Marie-Françoise. 1991. «Body Mass Index variations: Centiles from birth to 87 years», *European Journal of clinical nutrition*, 45: 13-21.
- SCHWARTZ, Olivier. 1990. *Le monde privé des ouvriers*. Paris, PUF.
- STEFFEN, Monika. 2001. *Les États face au sida en Europe*. Grenoble, PUG.
- UNION EUROPÉENNE. 1999. *A Pan-European Union, Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health*. Luxembourg, European Commission.
- VAGERÖ, Denny. 1991. «Inequality in health. Some theoretical and empirical problems», *Social Science and Medecine*, 32, 1: 367-374.