

OBSÉSITE ET LOGIQUES SOCIALES DU CONTRÔLE ALIMENTAIRE CHEZ LES JEUNES A ABIDJAN-COCODY

Amognima Armelle Tania ANDOH

Université Félix Houphouët-Boigny
armelletania26@gmail.com

Sagbo Jean-Louis Hyppolite LOGNON

Université Félix Houphouët-Boigny

Charlemagne TCHEBE ATTEBI

Université Félix Houphouët-Boigny

Résumé

L'obésité étant définie comme une maladie chronique, elle est considérée comme un problème de santé publique. Elle engendre ainsi de nombreuses maladies telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'hypertension, l'apnée du sommeil, la dyslipidémie, et certains cancers. Les jeunes constituent une frange importante de cette maladie. Des moyens de prévention tels que le contrôle alimentaire sont proposés aux familles des jeunes obèses. Pourtant, une permissivité de ce contrôle alimentaire par les mères est constatée.

Cet article se propose d'analyser les logiques sociales du non contrôle alimentaire des jeunes obèses dont l'âge varie entre 10 et 17 ans dans la commune de Cocody. Une approche qualitative basée sur la recherche documentaire, l'observation et des entretiens individuels approfondis a été adoptée en vue d'atteindre cet objectif. Les résultats obtenus indiquent que la permissivité dans la prise en charge du jeune obèse est un phénomène lié au sens, à la signification du statut de l'enfant et du contrôle alimentaire des mères. Aussi, l'obésité est une construction sociale dans la société ivoirienne et dans les rapports du jeune à son corps et dans les relations mère-enfant.

Mots clés : Logiques sociales, contrôle alimentaire, jeune obèse, Abidjan

Abstract

Since obesity is defined as a chronic disease, it is considered a public health problem. It thus causes many diseases such as cardiovascular diseases, type 2 diabetes, hypertension, sleep apnea, dyslipidemia, and certain cancers. Young people constitute an important fringe of this disease. Means of prevention such as food control are offered to the families of obese young people. However, a permissiveness of this food control by the mothers is noted. This article proposes to analyse the social logics of the food control of obese young people whose age varies between 10 and 17 years in the commune of Cocody. A qualitative approach based on documentary research, observation and in-depth individual interviews was adopted to achieve this objective. The results obtained indicate that permissiveness in the care of obese young people is a phenomenon linked to meaning, to the meaning of the status of the child and the food control of the mothers. Also, obesity is a social construction in the Ivorian society and in the relationship of the young to his body and in the mother-child relationship.

Introduction

Classée comme « première épidémie mondiale non infectieuse » par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'obésité est à l'origine d'une nouvelle vision des corpulences physiques. Dictée par des indicateurs comme l'IMC (indice de masse corporelle) conçu par des chercheurs étatsuniens en 1985 et adopté par l'OMS quinze ans plus tard, elle donne, en négatif, aux corps de nos civilisations d'abondance des idéaux qui empruntent largement à l'esthétique de la Grèce antique.

L'obésité se définit médicalement comme une inflation de la masse grasse entraînant des conséquences sur le bien-être physique, psychologique et social. Dans la majorité des cas, l'inflation adipeuse est due à une incapacité à faire face à un excès d'apport alimentaire et à une insuffisance des dépenses énergétiques. Ce déséquilibre peut être accentué par une augmentation des capacités de stockage. Il existe des formes d'obésité purement biologiques, généralement génétiques, et des formes purement comportementales. La réalité clinique est celle d'un continuum. L'obésité doit être considérée comme une maladie chronique et évolutive aboutissant à une pathologie d'organe. Ainsi, lors de la phase de prise de poids, de constitution de l'obésité, il s'agit avant tout, dans la majorité des cas, d'un déséquilibre de la balance énergétique lié à des facteurs comportementaux et environnementaux. Les origines des obésités sont multiples et varient selon les individus. Plusieurs facteurs interviennent simultanément dans le développement de cette maladie. Parmi les principaux facteurs, on peut identifier : les comportements alimentaires, l'inactivité physique, les facteurs génétiques, l'origine ethnique, le niveau socio-économique, le tabac, les facteurs culturels, et la prise de certains médicaments. L'obésité engendre ainsi de nombreuses maladies telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'hypertension, l'apnée du sommeil, la dyslipidémie, et certains cancers. L'obésité pourrait participer à la diminution de l'espérance de vie des enfants qui naissent dans ces conditions, par rapport à celle de leurs parents (Olshansky, 2005).

La prévalence de l'obésité a triplé au cours de ces vingt dernières années et est considérée comme une véritable épidémie. Pour les plus de 15 ans, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime le nombre de

personnes en surpoids à 1,6 milliards, et obèses à 400 millions. Cette épidémie touche même les plus jeunes. En 2005, cette organisation a estimé à 20 millions le nombre d'enfants de moins de 5 ans en surpoids. Elle prévoit qu'en 2015, 2,3 milliards d'adultes seront en surpoids et 700 millions seront obèses (OMS, 2003).

En tant que tels aujourd'hui dans le monde, en Afrique et particulièrement en Côte d'Ivoire, ces deux phénomènes présentent de véritables problèmes de santé publique, en raison des divers problèmes de santé chroniques, comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2 qui leur sont associés.

L'augmentation de la prévalence de surpoids et obésité constitue un problème capital influençant la santé publique (OMS, 1998, 2000, 2014) et constitue ainsi une menace grandissante pour la santé (WHO, 1997 ; OMS, 2003), touchant toutes les classes d'âge. (Dowse et al. 1995 ; Hodge et al. 1996). Elle affecte les pays industrialisés et les pays en voie de développement (Delpeuch et Maire, 1997) et est présente dans toutes les classes sociales (Poulain, 2011). Bien qu'une prédisposition à la surcharge pondérale puisse résulter de l'interaction complexe de plus de 250 marqueurs et régions chromosomiques, le phénotype « obèse » est souvent dû à une interaction entre les gènes et l'environnement (Snyder EE, 2004), les activités sédentaires (Ebbeling et al., 2002). À l'échelle mondiale, 81% des adolescents ayant des activités physiques insuffisantes ne répondent pas à la recommandation de l'OMS de 60 minutes d'activité physique par jour (WHO, 2014).

Un autre facteur déterminant de la corpulence : la corrélation de la transition alimentaire et l'insuffisance des activités physiques (Gordon-Larsen, & al.,1999) ; (Gordon-Larsen, et al. ;2004) ; l'exacerbation d'aliments riches en énergie (Harnack L, & al., 1999), des facteurs psychologiques et comportementaux, alliés aux facteurs biologiques, sont tous responsables de ce phénomène de surpoids et d'obésité. (Wadden, & al .,2002) ; (Stice & al. ;2005). Les prises en charges actuelles, reposent sur l'accompagnement diététique, l'exercice physique, parfois associés à un suivi psychologique.

Au-delà des aspects médicaux (maladies et risques sanitaires), l'obésité est un phénomène social et une construction sociale en ce sens que la question de l'obésité est associée à des perceptions, des croyances, des comportements et habitudes. Elle impacte également les rapports

sociaux et l'identité des personnes obèses ; elle constitue donc une problématique sociologique. Cette problématique est rendue prégnante par le contexte et l'environnement social du jeune en général. Ce contexte est caractérisé par les normes et habitudes alimentaires des jeunes, favorisant leur obésité. Pourtant, cette alimentation est tenue et influencée par leurs mères. Ils sont d'autant plus fragiles et dans une relation de dépendance avec leurs parents, en occurrence leurs mères, que ce sont celles-ci qui sont chargées de les nourrir. Cela sous-tend donc qu'elles sont très impliquées dans l'alimentation de leur enfant à savoir le menu, l'achat des aliments, et la cuisine.

Outre cela, il faut noter que les mamans, ont relativement des connaissances sur les normes et les conséquences de l'obésité, notamment sur le fait que l'obésité infantile peut provoquer des complications au niveau de la santé et que par conséquent, il est nécessaire à titre préventif de faire faire des activités physiques régulières à leurs enfants et avoir une alimentation équilibrée (réduire la teneur en matières grasses, en sucreries...). Pourtant dans la pratique, ces mères éprouvent des difficultés à faire respecter les mesures de restriction à leur enfant. Ces difficultés se traduisent par des conflits entre la mère et l'enfant, des plaintes et des frustrations chez l'enfant. De ces difficultés découlent une permissivité des mères en dépit des connaissances qu'elles ont des normes ou prescriptions alimentaires et des conséquences de l'obésité.

Face à cette situation, l'on cherche à comprendre les logiques sociales du non contrôle alimentaire dans la prise en charge du jeune obèse, en dépit des connaissances que les mères ont sur les normes et les conséquences associées à l'obésité.

L'alimentation est l'un des aspects sur lesquelles la prise en charge du jeune obèse intervient. Cette alimentation est la tâche des mères dans la division sociale du travail, vu que ce sont elles qui nourrissent l'enfant. Toutefois, des premières consultations, ces mères ont reçu des connaissances relatives aux éventuelles prescriptions alimentaires et conséquences de l'obésité. Mais dans la pratique, il leur est difficile de mettre ces connaissances en application, dans la mesure où elles sont permissives dans le contrôle alimentaire. Les questions relatives à la prise en charge et aux causes de l'obésité ont été abordées par plusieurs auteurs, selon différentes perspectives. Certains auteurs ont analysé la

prise en charge de l'obésité selon des approches relationnelles et structurelles.

Baranauskas, (2005) souligne qu'il est impérieux de former les parents quant à leurs comportements, car la réussite de la prise en charge de l'enfant obèse, passe absolument par la modification du comportement des parents, d'autant plus que ces derniers sont les modèles des enfants. Dans le même sens, Pélicaud et Dumont (2005) stipulent que les comportements alimentaires des parents influencent « l'apprentissage des enfants », car ces derniers acquièrent à travers les repas familiaux des comportements alimentaires et adoptent un type d'éducation. Ces auteurs insistent sur la nécessité de la formation du praticien en médecine et celle des parents pour la prise en charge de l'obésité des enfants ; sans faire cas des déterminants qui sous-tendent l'obésité des enfants.

D'autres par contre, ont analysé les causes de l'obésité d'une part, à travers les perceptions des parents et des enfants et d'autre part, à travers les appartenances sociales. Giniaux et al. (2006) évoquent l'urbanisation et la précarité comme étant des facteurs déterminants de l'obésité des jeunes. Ainsi, l'environnement social et même familial, peut avoir des effets néfastes sur la santé psychique de l'enfant et donc favoriser sa prise de poids. (Nieman et Le Blanc (2012) ; Meryl et Alexis (2010) quant à eux pensent que les médias influencent fortement les choix alimentaires des enfants.

Toutes ces études n'abordent pas certaines dimensions sociologiques du phénomène à savoir les perceptions sur le corps gros, les rapports au corps gros et aux normes de la société ivoirienne sur l'obésité.

En effet, dans le processus de production ou de réduction de l'obésité, la question des activités physiques est la plupart du temps étudiée dans ses relations avec la sédentarité, et mise en lien avec la nutrition ou l'alimentation. Il convient de noter que ces liens peuvent être envisagés dans une perspective « vitale », c'est-à-dire référée au fonctionnement organique du corps, à sa dimension biologique, mais aussi dans une perspective « sociale », c'est-à-dire référée à la construction sociale du corps, à ses dimensions symboliques et collectives. (Pociello, 2004)

Dans la perspective biologique, les activités physiques et l'alimentation sont comprises comme des éléments de variation des entrées et sorties dans un calcul de l'équilibre ou du déséquilibre de la balance énergétique d'un corps pensé comme machine énergétique. Dans la perspective sociologique qui est la nôtre, les activités physiques et l'alimentation sont appréhendées comme pratiques sociales et culturelles, construites et transmises au sein des sociétés humaines ; bref, des réalités variées de l'expérience du corps pensé comme construction sociale, signe et base des identités individuelles et collectives. (Marcellini et al., 2016). Cette orientation théorique constitue l'objet de notre étude.

C'est la raison pour laquelle cette étude a pour objectif d'analyser et de comprendre comment les représentations influencent les pratiques et comportements des mères et leurs enfants fonctionnent dans la prise en charge de l'obésité. Pour ce faire, l'on décrira les pratiques des mères et de l'enfant en rapport avec le statut d'obèse. Ensuite, analyser les rapports de mère-enfant, les rapports au corps gros. Et, enfin dégager les représentations qui légitiment la permissivité du contrôle alimentaire.

1. Méthodologie

L'étude a été menée dans la commune de Cocody, dans la ville d'Abidjan. L'approche qualitative basée sur des entretiens individuels a été adoptée dans cette étude.

Le nombre de personnes interrogées, a été déterminé sur le terrain à travers la technique de "réseaux", qui consiste à choisir un noyau d'individus atteintes d'obésité. L'utilisation de cette technique, a consisté à sélectionner les participants à l'étude par le canal d'une structure dénommée AODCI (Association Obésité et Diabète de Côte d'Ivoire). A propos de l'âge, nous avons enquêtés des enfants dont l'âge varie entre 10 et 17 ans. Notre choix s'est porté sur cette catégorie d'acteurs parce qu'ils sont déterminés par des rapports de dépendance avec leur mère d'une part, et de l'autre, sont membres de ladite structure.

Nous avons effectué des entretiens individuels en présentiel mais aussi par téléphone. Les échanges avec les mères et les enfants se sont articulés autour des pratiques qui caractérisent la permissivité du contrôle alimentaire dans la prise en charge du jeune obèse, des rapports entre le jeune obèse et sa mère structurant la permissivité et les représentations qui la sous-tendent.

Les données collectées à l'issue de ces échanges ont été traitées par la méthode d'analyse de contenu, vu la perspective qualitative dans laquelle s'inscrit cette étude. Par conséquent, le contenu des discours des différents acteurs, a été regroupé sous trois catégories. Il s'agit d'un système d'idées structurant les rapports mère-enfant obèse, les actions de la mère dans la prise en charge de l'obésité et les interactions mère-enfant obèse dans le contrôle alimentaire. Pour chaque catégorie analytique, nous avons élaboré un ensemble de données permettant de la cerner concrètement. Les systèmes d'idées, par exemple, ont été analysés à partir des représentations des mères quant au statut de l'enfant et aux ressentis qu'elles éprouvent face aux demandes ou encore attitudes de leurs enfants, en situation d'obésité. Les actions des mères dans la prise en charge ont quant à elles, été campé sur leurs pratiques, étant en inadéquation avec le contrôle alimentaire. Enfin, les interactions sont saisies sous l'angle du type de rapport existant entre la mère et son enfant, compte tenu de son statut d'obèse.

2. Sens et significations, pratiques sociales et relations sociales de la permissivité dans la prise en charge de l'enfant obèse

Les résultats de cette étude sont présentés selon les principes de la théorie de l'interactionnisme symbolique de M. Blumer. Sur cette base, les résultats s'articulent autour de trois points. Le premier résultat présente les systèmes d'idées des mères qui légitiment la permissivité dans la prise en charge de l'enfant obèse. Le deuxième résultat quant à lui, met l'accent sur les pratiques des mères qui matérialisent la permissivité du contrôle alimentaire. Enfin, le troisième résultat aborde la flexibilité des mères dans leurs rapports avec leur enfant.

2.1. Le sens et les significations à l'origine de la permissivité dans le contrôle alimentaire

Il s'agit des systèmes d'idées qui structurent et légitiment la permissivité dans la prise en charge de l'enfant obèse.

2.1.1. L'enfant obèse : "un être fragile"

La permissivité dans le cadre de cette étude, est liée à un ensemble de perceptions qui traduisent la manière dont les mères se représentent le statut de l'enfant. Pour elles, les enfants sont des êtres fragiles. En effet, les mères trouvent que leurs enfants ne supportent pas les éventuels régimes alimentaires donnés par le praticien en médecine. Par

conséquent, elles préfèrent faire plaisir à leur enfant que d'appliquer fidèlement les prescriptions médicales. Cela se traduit à travers le discours d'une mère enquêtée, *“Dans le temps, j'essayais de prendre une louche pour qu'elle mange, pour voir si elle diminue, mais souvent elle dit qu'elle a faim, de donner un peu. Tu regardes, ça fait pitié ! Je dis bon, c'est difficile !”*.

Dans cette même perspective, il y en a une autre qui s'inscrit dans un discours comparatif entre l'enfant et l'adulte. Pour elle, le niveau de compréhension intervient dans la prise en charge de l'obésité. Plus on est adulte, mieux on comprend le bien fondé des restrictions, alors que l'enfant les voit plutôt comme des privations. Ces propos se traduisent par les dires d'une mère d'un enquêté : *“Pour un enfant, c'est très complexe, parce qu'il ne faut pas entraver la croissance de l'enfant quand c'est une restriction gastrique. Après, il faut éviter certaines frustrations. Pour un adulte, c'est plutôt facile, on n'a qu'à lui expliquer pour qu'il comprenne.”*

Cette fragilité exprimée par chacune, maintient leur enfant dans leur situation d'obésité.

2.1.2. Les sentiments et les émotions comme déterminants de la permissivité

La permissivité du contrôle alimentaire est liée à un ensemble de sentiments perceptibles à travers l'affection que les mères éprouvent à l'égard de leur enfant. Il s'agit notamment des sentiments de pitié, de tristesse des mères dans l'application de leurs connaissances ou encore des prescriptions médicales à leurs enfants. Faisant partie intégrante de leur vécu au quotidien, ces mères ressentent les moindres difficultés que subissent ces enfants face aux recommandations du médecin. Elles se retrouvent ainsi dans l'obligation de les alléger en ne respectant pas de façon stricte l'éventuel régime alimentaire. Cette observation se justifie par le discours d'une mère d'un enfant obèse : *“J'essaie d'appliquer, ce n'est pas facile ! Mon fils est très compliqué, quand je lui interdis une nourriture, il rentre dans son coin jusqu'à... Donc maintenant, j'ai décidé de négocier avec lui.”*

Par conséquent, l'affection ressentie par les mères à l'endroit de leur enfant, est un déterminant de la permissivité, permettant d'expliquer le fait qu'on n'observe pas d'amélioration au niveau de leur poids.

2.2. Les pratiques sociales qui produisent une permissivité dans la prise en charge de l'enfant obèse

Elles mettent en relief l'ensemble des actions réalisées par les mères dans le cadre du contrôle alimentaire de l'enfant en situation d'obésité.

2.2.1. L'absence répétée des mères comme pratique favorisant la permissivité

La permissivité du contrôle alimentaire se traduit par un ensemble de pratiques telles que l'absence répétée des mères dans la prise en charge de l'enfant obèse. En effet, pour la réussite de la prise en charge de cet enfant, l'un des acteurs les plus impliqués, est la mère. Celle-ci se doit donc d'être présente et proche de son enfant, pour lui dicter les prescriptions à suivre, mais surtout veiller à la stricte application de ces prescriptions, par l'enfant. Cependant, fort est de constater que dans le cadre de cette étude, ces mères sont de plus en plus absentes pour des raisons professionnelles et par conséquent, n'arrivent pas à jouer leur rôle qui leur est assigné dans cette prise en charge. Cette manière de fonctionner a des conséquences sur les résultats escomptés, vu que l'enfant ne perd pas de poids. Ceci se laisse percevoir par le discours de la mère d'une patiente, membre de ladite structure : *"A cause des occupations, on n'a pas le temps. Je suis enseignante et dernièrement, j'ai eu une promotion et mon mari est corps habillé. Ce n'est vraiment pas évident d'être tout le temps à la maison. Je m'appuie donc sur la confiance que j'ai en elle."*

2.2.2. Le manque de suivi des mères dans le contrôle alimentaire, comme pratique favorisant la permissivité

La permissivité se laisse entrevoir comme un ensemble de pratiques qui se traduit à travers le manque de suivi dans l'alimentation des enfants. Partant de la définition du jeune dans l'approche conceptuelle, les acteurs en situation d'obésité dans la présente étude, n'ont pas le même regard que leur mère, quant aux conséquences de leurs pratiques sur leur santé. De ce fait, les mères comprennent mieux l'utilité d'appliquer textuellement les recommandations du médecin que l'enfant lui-même. Et donc, devraient être à mesure de pouvoir suivre à la lettre l'alimentation de leur enfant obèse, mais en lieu et place de cela, on constate qu'il n'y a pas de contrôle. *"Il n'y a pas de contrôle en tant que tel, seulement que quand il mange trop, je lui dis de manger moins parce que ce n'est pas bien pour sa santé "* Mes enfants aiment le riz gras et le tchèp comme ils sont

sénégalais. Et comme je suis malienne d'origine, je sais bien le faire. Mes enfants et mon mari l'adorent et ça me plaisir !" précise une mère.

Cette absence de contrôle maintient l'enfant obèse dans la même situation.

2.3. Les relations sociales qui produisent la permissivité

Il s'agit d'analyser les rapports mère-enfant à l'origine de la permissivité. La permissivité est liée à un ensemble de relations se traduisant par la flexibilité. A l'origine, les acteurs qui interviennent dans cette étude entretiennent une relation de parenté à savoir une relation de mère-enfant où affection, souplesse et tendresse sont entremêlées. Pour une bonne application des prescriptions du médecin pour le bien-être de l'enfant ce rapport mère-enfant devrait être plus rigoureux, la mère devrait être désormais la représentante directe du médecin à la maison en veillant à ce que l'enfant respecte toutes les recommandations du médecin au niveau de ses habitudes alimentaires. Mais, le constat en est tout autre. La mère n'arrive guère à dissocier prescription médicale et vie familiale et se retrouve dans une relation de flexibilité avec son enfant. Par contre, ce type de rapport ne peut favoriser la perte de poids de l'enfant, vu qu'il lui faut à tout prix suivre le protocole médical.

3. Discussion

Les résultats présentés de notre étude cadrent avec l'étude menée par Marcellini et al., (2016). En effet, les résultats de leur étude mettent en évidence les multiples dimensions sociales engagées dans le processus de production de l'obésité. Ils montrent également que le vécu de l'obésité est essentiellement construit négativement par le regard social. Ils permettent également de comprendre que les logiques de construction de l'obésité, dans chaque histoire individuelle, ne peuvent se déconstruire par un simple conseil ou encouragement à changer son mode de vie, ni même par un travail psychologique simplement individuel. Au-delà du comportement permissif des mères sur l'alimentation de leurs enfants, l'obésité répond à une norme sociale, une norme corporelle, une construction sociale (une image du corps obèse)

3.1. L'obésité, une norme sociale, une norme corporelle et une construction sociale en Afrique

Etre gros et gras est une norme sociale développée par la société. En Afrique est gros est signe de beauté, de santé. L'obésité est présente à différentes strates de la société et elle a des déterminants socioculturels. Selon les contextes et les classes sociales, on peut faire une typologie de l'obésité. De plus, l'obésité est une construction sociale dans la mesure où chaque société définit ses critères d'obésité. Le plus souvent, dans les conceptions populaires, un enfant gros est celui qui semble être en bonne santé. C'est la raison pour laquelle les bébés à leur naissance sont gavés dans certaines cultures afin qu'ils deviennent gros. Comme le souligne Kouokam Magne (2016), les conceptions du surpoids et de l'obésité étant éminemment culturelles, on peut comprendre les décalages que l'on peut constater entre les normes biomédicales et les pratiques sociales. Cela dans la mesure où l'alimentation met en relation les aînés et les cadets, les hommes et les femmes les parents et les enfants. Ainsi elle informe sur les catégories sociales et l'espace des positions sociales (Bourdieu, 1976). De plus, l'alimentation peut être révélatrice des inégalités de classes en ce sens qu'elle permet de distinguer ceux qui ont accès à des ressources alimentaires précises de ceux qui y ont peu ou pas accès. Il s'agit d'analyser ici les liens entre alimentations et représentations sociales du corps de l'enfant ainsi que les confrontations entre les normes sociales et les normes médicales dans la mesure où « *L'obésité renvoie vers une norme biomédicale, contrairement au concept de gros qui s'inscrit directement dans une lecture sociale et culturelle. Pour la médecine, l'obésité se définit comme une accumulation excessive ou anormale de graisse dans les tissus adipeux.* » (Andrieu et Boëtsch, 2008)

Aussi, la santé de l'enfant se juge aussi à partir de sa silhouette précise Kokouam (2016). Le discours des mères met en relation la silhouette de l'enfant ainsi que son poids à son état de santé. Toutefois les normes sociales relatives à la présentation de la silhouette de l'enfant peuvent être en contradiction avec celles reconnues médicalement. La maman se félicite de la surcharge pondérale de l'enfant de son enfant. Ainsi, les représentations font partie des catégories émiques qu'il importe au chercheur de décoder.

Le corps gros se construit socialement Le corps « gros » [23] se construit socialement sur l'idée de la beauté, de la bonne santé, de l'embellissement de son corps. Le phénomène des « apoutchou »

(femmes grosses) chez les femmes ivoiriennes est un indicateur de cette nouvelle norme de beauté.

C'est pourquoi, les mères enquêtées n'arrivent pas assurer cette tâche de contrôle alimentaire chez leurs enfants dans la mesure où elles partagent les normes sociales et corporelles de la société. L'enfant obèse qui fait preuve de stigmatisation dans certaines sociétés est valorisé dans notre société ivoirienne.

3.2 Le corps obèse : un rapport à soi, un rapport à l'autre et une construction identitaire

Comme le relève Marcellini et al., (2016 : 123-124), « *le réengagement ou l'engagement dans une pratique physique régulière et nous ajoutons dans un contrôle alimentaire, relève, pour des populations en surpoids ou obèses, majoritairement sédentaires, d'une transformation profonde du rapport au corps, du mode de vie, et de l'identité du sujet, modifications substantielles dont les dimensions collective et sociale sont trop rarement prises en compte. « En effet, dans le cadre des idéologies individualistes, on aime à penser la responsabilité de chacun à l'égard de son corps. Cette responsabilité sera rappelée dans les injonctions voire les prescriptions médicales d'activité physique faites pour guider les personnes obèses vers une capacité autonome à prendre soin de leur corps. Les dispositifs d'éducation thérapeutique font ainsi régulièrement appel à la « volonté », à la « motivation » (supposée liée à la personnalité propre), voire à la « raison », au travers d'explications rationnelles et scientifiques des manières de « bien manger et bien bouger ». Force est de constater que cette personnalisation et cette rationalisation ne produisent pas les effets escomptés. En effet, si les personnes obèses à qui l'on propose un dispositif temporaire de prise en charge par les activités physiques jouent le jeu, et se mettent en activité au sein du dispositif formalisé, la fin de la prise en charge signe souvent l'arrêt progressif de la pratique. Ainsi est posée, bien au-delà de la rationalité et de la motivation consciente et affirmée pour l'amaigrissement, la question des conditions d'un changement durable des conduites, du rapport au corps, de l'habitus corporel. C'est ici, précisément, que les liens entre l'individu et le social peuvent se saisir. »*

S'engager dans un régime alimentaire ou une activité sportive signifie pour les jeunes obèses et leurs mères qu'il faut adhérer à un nouveau mode de vie, « changer de vie » ; c'est-à-dire aussi d'activités, de relations, de plaisirs, de goûts, de valeurs. Cette construction d'un nouveau soi, d'un nouvel habitus, est éminemment sociale. Elle implique de nouvelles inscriptions sociales, qui autoriseront la construction d'une nouvelle identité personnelle et sociale.

Conclusion

Cette présente étude a porté sur le contrôle alimentaire chez les jeunes obèses. A travers ce sujet, l'objectif était de comprendre les logiques sociales qui sous-tendent le non du non contrôle de l'alimentation de ces jeunes par leurs mères. Pour répondre à cette question, nous avons mobilisé différentes techniques de recherche et des méthodes d'analyse. L'approche d'une sociologie du corps a permis de comprendre que l'obésité en plus d'être un problème de santé publique, constitue aussi un phénomène social, une construction sociale. Les dimensions normatives, collectives de l'obésité doivent être prise en compte pour comprendre le non contrôle alimentaire des personnes obèses.

Au-delà, l'obésité est certes une maladie chronique, un problème de santé publique mais surtout se définit comme une construction sociale car chaque individu, chaque culture a une perception différente selon sa culture, selon ses propres normes ou les normes de la société.

Bibliographie

Andrieu Bernard et Boëtsch Gilles (2008), *Dictionnaire du corps*, CNRS Editions.

Giniaux Corentin et al. (2006), *Prévalence de l'obésité chez les enfants et adolescents scolarisés en Seine Saint Denis* S.F.S.P, (Vol. 18), pages 200.

Hauchouot-Attoungbré Marie-Laure et al (2009), *Prévalence du système métabolique chez les adolescents ivoiriens âgés de 12 à 15 ans*, J.SCI. pharm. Biol, vol. 10, n2, pp. 77.83

Krystel Cimon-Lambert (2014), *Perceptions, de la santé, de l'obésité et de l'activité physique : Une approche qualitative dans : Les cahiers internationaux attitudes et connaissances des parents, d'enfants d'âge préscolaire au sujet de l'alimentation de psy sociales*, Presse Universitaire de Liège, Pages 317-335.

Kokouam Magne Estelle (2016), *Du « beau gros bébé » au « gros bébé » : les constructions sociales du surpoids et de l'obésité chez l'enfant dans deux villes Camerounaises Face à face*, vol. 13.

Mariah Dolsen Ehmke et al (2009), *Influence de la générosité parentale et contrôle alimentaire sur l'obésité pédiatrique*, revue française d'économie, 2011/3 Volume XXVI/ page 69 à 94 sociologies de l'obésité, paris, puf.

Marcellini Anne et al (2016), *Rapport au corps et engagement dans les activités physiques chez les personnes en situation d'obésité*, Santé Publique, HS (1) : 117-125

Murray Charles (2007), *Présent : Epidémiologie de l'obésité infantile dans le passé, le présent, l'avenir, pédiatrie*, n°6, Vol. 10.

Nieman Peter et Leblanc Claire Ma (2012), *Le point de vue du patient : les aspects psychosociaux de l'obésité chez les enfants et les adolescents*, Paediatr Child Health, 17 (3) : 207-850.

Pelicand Jean et al (2005), *Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les parents ? Implication et influence dans les stratégies*. Séries de dossiers techniques, 05-36.

Serban Adriana et al (2003), *Prise en charge de l'enfant et de l'adolescent obèse*, France, Annale d'endocrinologie, Vol 64, N°5-C2, pp. 339.

Tauber Maithe (2015), *Approche intégrée et entretien motivationnel : Obésité et surpoids de l'enfant*, La revue du praticien, Vol 65.