

Epidémie d'obésité : comment lutter

Oléagineux, Corps Gras, Lipides. Volume 10, Numéro 2, 140-3, Mars 2003, OBÉSITÉ ET SOCIÉTÉ

Auteur(s) : Jean-Pierre POULAIN , UTM, 5 allée Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex Tél. : 05 61 50 42 31, Fax : 05 61 50 37 45 <poulainuniv-tlse2.fr> Maître de conférences en sociologie à l'Université de Toulouse-Le Mirail, membre du CERS (Centre d'étude des rationalités et des savoirs) axe sociologie de la santé, UMR CNRS n 5117, a participé à l'expertise collective de l'INSERM « Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant ». .

Résumé : L'obésité peut être l'objet d'un double regard sociologique. Le premier, adoptant la posture de recherche empiriste, positiviste et déterministe de l'épidémiologie médicale, accepte l'idée que l'obésité est un problème de santé publique et prend en charge l'identification des dimensions sociales associées à cette morbidité. Il s'intéresse à la distribution sociale de l'obésité, repère le rôle de la stigmatisation des obèses dans les sociétés développées. Il s'attache à identifier les fonctions de l'alimentation dans la transition épidémiologique et cherche à comprendre l'impact de la modernité alimentaire sur le développement de cette pathologie. Mais le regard sociologique peut aussi prendre l'obésité comme une construction sociale. Il met alors l'accent sur le relativisme historique et culturel des représentations qui s'agrègent sur cet état. Il cherche à décrire l'émergence, la diffusion et l'acceptation de l'idée que l'obésité est un problème de santé publique. Il montre comment la médicalisation de l'obésité déborde aujourd'hui sur l'alimentation en général et déconstruit les hypothèses implicites des campagnes nutritionnelles de prévention. De cette confrontation, un champ de recherche nouveau émerge, à l'interface des sciences de la nutrition et de la socio-anthropologie de l'alimentation, dont l'objet est de mettre au jour la complexité des décisions alimentaires.

Mots-clés : Alimentation, obésité, santé publique, stigmatisation, transition épidémiologique.

ARTICLE

Auteur(s) : Jean-Pierre POULAIN

UTM, 5 allée Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex

Tél. : 05 61 50 42 31, Fax : 05 61 50 37 45

<poulain@univ-tlse2.fr>

Maître de conférences en sociologie à l'Université de Toulouse-Le Mirail, membre du CERS (Centre d'étude des rationalités et des savoirs) axe sociologie de la santé, UMR CNRS n° 5117, a participé à l'expertise collective de l'INSERM « Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant ».

Voilà que la France, jadis bon élève de l'obésité avec ses taux de prévalence étonnement bas pour les adultes (à peine 6 %), semble touchée par le mal. En effet, l'obésité de l'enfant se développe à un tel rythme que, dans vingt ans, elle pourrait avoir rattrapé le niveau des Etats-Unis. Les spécialistes

français de l'obésité, emboîtant le pas leurs collègues américains, parlent d'épidémie, certains osent même le terme de pandémie. La transformation des habitudes alimentaires, « l'américanisation des mœurs » sont pointés du doigt. La fierté nationale bercée par les discours nutritionnels sur le « paradoxe français » et autres « régimes méditerranéens » plus ou moins imaginaire (Hubert 1998), s'en trouve atteinte.

L'approche sociologique de l'obésité met en évidence une relative différenciation de l'obésité par rapport aux statuts socio-économiques (Sobal et Stunkard 1989, Poulain 2000). Pour les adultes l'obésité se distribue sur le bas de l'échelle sociale pour les femmes. L'obésité masculine longtemps associé à des statut sociaux élevés connaît depuis une vingtaine d'année un fort développement dans les couches populaires. Cependant, pour l'obésité infantile l'analyse de la littérature disponible met en évidence une absence de lien avec les positions sociales. Cette question intéresse le sociologue au plus haut point. Comment donc expliquer le passage d'une distribution quasi aléatoire de l'obésité infantile à une distribution fortement différenciée pour les adultes ?

Deux axes de recherche distincts apparaissent selon que l'entrée dans la question postule que les statuts socio-économiques sont la cause de l'obésité ou une conséquence de celle-ci. La première attitude cherche à repérer l'influence de la position sociale sur l'accès à la nourriture, l'influence des modes de vie sur les pratiques alimentaires et l'exercice physique. La seconde décrit la façon dont les obèses sont considérés dans une société donnée et analyse l'influence de l'obésité sur les trajectoires sociales.

Les modes de vie comme déterminants de l'obésité

Le lien entre l'obésité et les statuts socio-économiques peut être expliqué par les modes de vie susceptibles de déterminer certains facteurs important de la prise de poids comme les pratiques alimentaires ou l'activité physique. C'est ainsi que dans les sociétés modernes, les dépenses énergétiques des individus ont considérablement baissé. Les causes en sont le chauffage et la climatisation des locaux d'habitation, le développement des moyens de transport individuel ou collectif, les formes de l'activité professionnelle notamment dans le secteur tertiaire, ce que Claude Fischler nomme la « civilisation du bureau ». Parallèlement à cette baisse de la dépense énergétique, les consommations alimentaires auraient elles aussi diminué, mais cependant pas autant que le besoin. Surtout la baisse se serait opérée de façon socialement diversifiée. Jean Louis Lambert sur la base de calculs macro-économiques considère qu'il existerait un écart de plus de 200 calories par jour entre les couches moyennes et supérieures et les classes populaires au profit de ces dernières. Cette analyse pourrait fournir une première explication du développement de l'obésité dans les couches basses de la société (Lambert, 1987). Cependant, le traitement de données statistiques sur des grandes séries et la reconstruction d'un régime alimentaire susceptible d'être transformé en apport énergétique pose toute une série de problèmes de fiabilité qui maintient ce type d'explication au simple statut d'hypothèse.

La différenciation sociale des goûts qui se traduit par des valorisations « de l'énergétique », « du puissant », « du fort », dans les classes populaires pourrait également être mobilisée pour rendre compte de cette mutation. Jean-Pierre Corbeau, dans une perspective phénoménologique propose une interprétation de cette situation en termes de « revanche sociale ». Pour les classes populaires

qui a l'échelle de l'histoire auraient le plus souffert de la faim, le contexte contemporain d'abondance serait vécu sur le plan de l'imaginaire social comme l'occasion d'une revanche.

Mais le statut social influence également l'activité physique. Si l'activité liée au travail a considérablement diminué, celle inscrite dans des logiques de loisirs s'est développée de façon socialement très différenciée. Soumis au modèle d'esthétique corporel de minceur, les hommes et plus encore les femmes des couches sociales moyennes et supérieures pratiquent de façon plus intense que les autres couches sociales à la fois des sports et de l'exercice d'entretien (gymnastique, jogging...).

L'obésité comme déterminante des statuts socio-économiques

Les travaux qui posent les statuts socio-économiques comme déterminés par l'obésité s'intéressent aux trajectoires sociales des individus selon qu'ils sont ou non obèses et concentrent son intérêt sur l'analyse de la façon dont les obèses sont considérés dans les sociétés développées et surtout sur les différentes formes de discriminations dont ils sont l'objet. Le phénomène de stigmatisation a été décrit par Erwin Goffman comme un processus de discréditation et d'exclusion qui touche un individu considéré comme « anormal », « déviant »... C'est au cours d'interactions sociales que le label de « déviant » est attribué à un individu par d'autres individus, supposés eux, « normaux ». Cette étiquette justifie alors une série de discriminations sociales, voire d'exclusion. La stigmatisation devient un véritable cercle vicieux, lorsque la victime accepte et considère comme normaux, les traitements discriminatoires qu'elle subit et les préjugés dont elle est victime. S'engage alors une dépréciation personnelle qui débouche sur une altération de l'image de soi. La stigmatisation des obèses a été mise en évidence, dès la fin des années soixante, par un autre sociologue américain W. Cahnman. « Par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale ».

Depuis le simple achat d'une place d'avion ou de cinéma, jusqu'au poids du regard esthétique qui pèse sur lui, l'obèse est dévalorisé, marginalisé, mis au ban de la société. L'obèse souffre dans les sociétés développées contemporaines de stigmatisation. Sur ce thème, deux familles de travaux sociologiques ont été réalisées : ceux qui visent à inventorier et décrire les formes de stigmatisation de l'obésité et ceux qui cherchent à faciliter le vécu et réduire l'importance des discriminations dont sont victimes les obèses. Les principaux travaux et analyses descriptives de la stigmatisation de l'obésité montrent comment un certain nombre d'attitudes négatives à l'égard des obèses peuvent se transformer en véritables discriminations et affectent les trajectoires sociales. Des liens statistiquement significatifs ont été mis en évidence à différents niveaux entre l'obésité et :

- l'accès à l'enseignement supérieur,
- l'accès à l'emploi,
- le niveau des revenus,
- la promotion professionnelle,
- la vie domestique et l'accès et l'utilisation d'équipements collectifs.

Ces attitudes négatives ne sont pas seulement le fait de la société civile, elles semblent également être présentes au cœur même de l'appareil médical. De nombreuses études en effet, soulignent l'existence d'attitudes négatives à l'égard des obèses, de la part de personnel médical ou

paramédical à l'intérieur des institutions de santé, ou encore chez les étudiants en médecine. Ces différents travaux montrent la perméabilité du milieu médical aux valeurs dominantes de la société (ici l'idéal de minceur) et l'influence déterminante de celles-ci sur les rôles professionnels des acteurs du système de santé.

Comme l'avait déjà démontré Goffman pour la maladie mentale, les membres de l'appareil médical assurent une fonction de « grands stigmatisateurs ». L'idéologie médicale participe à la justification de la « labellisation » comme déviant et contribue à la dépréciation des personnes obèses.

L'objectivation de la stigmatisation des obèses a permis le développement d'un second type d'explication des relations entre obésité et statut socio-économique. Le passage d'une distribution de l'obésité aléatoire pour les enfants à une forte différenciation pour les adultes, notamment pour les femmes, s'expliquerait par l'impact de l'obésité sur la mobilité sociale.

La notion de mobilité sociale rend compte du déplacement d'un individu dans la structure sociale ; elle est dite intra-générationnelle si elle compare la position d'un même individu à deux moments de sa vie (début de carrière et fin de carrière par exemple), ou inter-générationnelle, si elle met en relation la position sociale d'un fils et celle de son père par exemple. La mobilité peut être ascendante, descendante ou équivalente selon que le déplacement s'élève, descend ou reste au même niveau de l'échelle sociale.

L'obésité joue un rôle dans la mobilité sociale. Elle ralentit la mobilité intra-générationnelle et augmente la fréquence de la mobilité intergénérationnelle descendante. Cette dernière est influencée par trois facteurs principaux : le niveau d'éducation, l'activité professionnelle et le mariage. Mais ceux-ci n'ont pas le même poids selon les sexes. Pour les hommes, l'éducation et l'activité professionnelle ont un rôle plus important. Pour les femmes, le mariage est considérablement plus déterminant, même si son importance tend à diminuer. C'est ainsi que les femmes minces font plus fréquemment des mariages ascendants -c'est à dire se marient avec des hommes de statuts sociaux plus élevés qu'elles-, et qu'à l'inverse les femmes fortes réalisent plus souvent des mariages descendants -c'est à dire se marient avec des hommes de statuts sociaux moins élevés qu'elles. Sous la pression du modèle d'esthétique de minceur, le mariage apparaît comme une véritable « gare de triage » orientant les femmes minces vers le haut de la société et les femmes fortes vers le bas.

Au niveau de l'éducation et du développement des carrières professionnelles, l'obésité ralentit la progression sociale. Le développement des carrières se trouve altéré par rapport aux personnes minces. Les portiers du système social que constituent les évaluateurs, chefs de service... exercent à l'égard des personnels obèses des évaluations plus souvent négatives qu'à l'égard des personnels minces ce qui ralentit leur progression sociale.

Le phénomène de stigmatisation sociale de l'obésité dans les sociétés développées peut donc être un facteur expliquant le passage d'une distribution presque aléatoire de l'obésité chez les enfants à une distribution associée aux statuts sociaux inférieurs chez les femmes adultes et au développement d'une nouvelle forme d'obésité dans les classes défavorisées chez les hommes depuis les années soixante. L'obésité peut dans cette perspective être considérée comme un facteur de différenciation sociale négative et la lutte contre la stigmatisation comme une priorité immédiate.

Arrêter l'épidémie : éducation alimentaire et lutte contre la stigmatisation des obèses

Deux axes d'intervention apparaissent l'éducation nutritionnelle et la lutte contre la stigmatisation des obèses. On admet assez facilement dans les milieux médicaux et dans la presse spécialisée l'idée que les transformations de l'alimentation dans les sociétés industrielles développées pourraient être la cause du développement de l'obésité. On regroupe généralement les dites transformations sous l'expression à forte connotation négative de « déstructuration de l'alimentation moderne ». Transformation de la composition des repas, montée du grignotage, repas sautés, progression de la consommation de produits sucrés, de la « junk food »... en seraient les caractéristiques principales.

Les études travaillant à partir de comportements observés mettent nettement en évidence une simplification des formes de repas et une relative importance de l'alimentation hors repas pour la population active française (Poulain 1998). Ces mêmes travaux font apparaître un fort décalage entre les normes sociales de repas (ce qu'un individu considère comme un vrai repas) et les pratiques effectivement mises en œuvre, mais aussi entre pratiques déclarées et les pratiques réelles, les premières restituant largement la norme du repas ternaire (entrée, plat garni, dessert) et l'interdit du grignotage. Ceci explique que ces mutations échappent en partie aux enquêtes utilisant uniquement des méthodes déclaratives et que le phénomène s'accroît encore lorsque les questionnaires sont auto-administrés.

Nous retrouvons à l'échelle sociologique un problème central de la recherche en épidémiologie de l'obésité : la sous-déclaration des prises alimentaires. En effet, les spécialistes de l'obésité constatent le manque apparent de relation entre les ingestats alimentaires et le poids tant chez les adultes que chez les enfants et ceci même dans les situations où l'activité physique est contrôlée. L'explication de cette situation pourrait être d'ordre méthodologique et venir de la sous-déclaration par les obèses de leur prise alimentaires notamment de leurs prises extra prandiales.

La simplification des repas des français se caractérise d'une part par la suppression des éléments périphériques au plat garni, le plus souvent les entrées, réduisant ainsi les apports en crudités et fruits, au profit de prises alimentaires hors repas, qui dans l'état de l'offre agro-alimentaire contemporaine, sont la plupart du temps des produits de biscuiterie (barres céréalières, confiseries...). Au regard des conséquences qualitatives sur l'apport nutritionnel de ces mutations, certains nutritionnistes - ou les médias qui les relayent - sont tentés de condamner les « nouvelles pratiques alimentaires », et de les décoder comme la dégradation d'un « ordre alimentaire » initial. Le discours se déployant alors sur la nécessité de restaurer les bonnes habitudes - 3 repas structurés par jour et pas de prise alimentaire entre les repas - ou de « rééduquer le mangeur moderne ». Cette attitude oublie que les repas et plus largement les prises alimentaires, ne sont pas seulement des décisions individuelles, mais aussi le résultat d'une série de situations et de contraintes sociales. La forme des prises alimentaires (structure des repas et nombre de prises journalières) est une mise en scène concrète de valeurs sociales et varie considérablement à la fois d'une culture à l'autre et dans le temps à l'intérieur d'une même culture.

Ce discours rencontre dans les médias et le corps social un écho attentif. Son « efficacité » sociale tient à sa fonction désangoissante qui s'articule sur la réduction apparente de la contradiction entre, d'une part, l'attachement à l'appareil normatif traditionnel (une très forte majorité de personnes qui pensent que grignoter n'est pas bon pour la santé et qu'un vrai repas est un repas ternaire), d'autre part l'incrédulité dans la capacité de cet appareil de permettre l'équilibre alimentaire et enfin l'appel

à la science pour légitimer la recherche de l'équilibre. Ce discours répond à une demande naïve du corps social que l'on pourrait formuler en ces termes « *Monsieur le nutritionniste, dites nous que la science recommande de manger comme avant* ».

L'étayage scientifique de telles prescriptions est souvent mal assuré ; les expérimentations - quand il y en a - étant toujours plus ou moins ethnocentrées et insérées dans des conceptions fixistes de l'histoire de l'alimentation. De plus, le succès social de telles positions bloque souvent le nécessaire débat scientifique.

L'origine des éventuels déséquilibres qualitatifs de l'alimentation contemporaine des français réside-t-elle dans la simplification des repas et le fractionnement de la prise alimentaire ou dans la nature des aliments consommés ? Des études nutritionnelles pluridisciplinaires entre des cultures à prises alimentaires massées et dispersées, permettront l'approfondissement de cette question.

Mais, la modernité alimentaire se caractérise également par une transformation du processus de décision. Le développement dans la restauration collective de système à offre multiple (self-service, scramble...) élargit l'espace décisionnel des mangeurs. Devant un comptoir de self service un jeune collégien de 6^{ème} doit choisir entre une série de hors d'œuvre, de plats garnis, de desserts qui ne sont pas du tout équivalents sur le plan nutritionnel. Si la restauration collective n'est pas en soit un phénomène nouveau et sa croissance est relativement lente, le développement des formules à offre multiple est par contre extrêmement fort tant dans le secteur de la restauration du travail que dans le domaine scolaire. Elle est vécue par un grand nombre d'acteurs, parents, ayant-droit, gestionnaires... comme un progrès parce que plus respectueuse des goûts individuels.

Dans le contexte familial ou les anciennes « cantines », le mangeur, surtout lorsqu'il est un enfant ou un homme, ne décide que peu de choses de son alimentation. La composition des menus et le choix des plats sont réalisés par l'épouse ou le gestionnaire du restaurant de collectivité, la décision du mangeur se réduisant à une variation de la quantité ou plus rarement à manger ou ne pas manger. Même lorsque les repas sont pris dans l'univers familial ; l'alimentation moderne est dans certains groupes sociaux l'objet d'une individualisation. Dans un même repas pris en commun, il n'est pas rare de trouver des plats spécifiques pour la mère, pour le père, les enfants etc.

La modernité alimentaire peut se décrire comme une transformation des contrôles sociaux pesants sur l'alimentation, une baisse de la « télé régulation » alimentaire, mais parallèlement l'espace de liberté ainsi dégagé génère de l'anxiété. « C'est dans la brèche de l'anomie que prolifèrent les pressions multiples et contradictoires qui s'exercent sur le mangeur moderne : publicité, suggestions et prescriptions diverses, et surtout de plus en plus, avertissements médicaux. La liberté anomique est aussi un tiraillement anxieux, et cette anxiété surdétermine à son tour les conditions alimentaires aberrantes » (Fischler, 1993).

La relecture du concept d'anomie réalisée par Reynaud (1995) en termes de perte de légitimité des normes permet une ré-interprétation de la gastro-anomie. Le mangeur moderne est soumis à un foisonnement de discours contradictoires sur le mode du « il faut ». La modernité se caractériserait non seulement par une crise de l'appareil normatif mais surtout par l'inflation d'injonctions contradictoires. La multiplication des discours hygiéniste, esthétiques, identitaires, et les modes qui les traversent, participent à ce que Fischler désigne comme une « cacophonie alimentaire ».

La modernité alimentaire n'est donc pas une absence de règles sociales - sens strict de l'anomie - mais plutôt, par une surabondance de normes, d'injonctions plus ou moins contradictoires, un « trop plein » et surtout une perte de légitimité de l'appareil normatif traditionnel. Cette situation anormale serait la conséquence à la fois d'une série de mutations sociales et de transformations de la filière alimentaire, avec notamment le développement de l'alimentation hors domicile, qui s'accompagne d'une augmentation de l'espace décisionnel de l'individu. Dans un tel contexte la mise en place d'une politique d'éducation nutritionnelle se justifie mais doit absolument prendre en compte les dimensions socio-culturelles de l'alimentation.

La communauté médicale doit être consciente du rôle de « grand stigmatisateur » qu'elle risque de jouer et en percevoir les conséquences. L'inconvénient le plus grave de la médicalisation de l'alimentation quotidienne est de donner une forme de légitimité scientifique à la stigmatisation des obèses et de les enfermer dans un nouveau ghetto diétético-psychologique. La lutte contre sa stigmatisation se pose en priorité et se justifie non seulement au nom de la reconnaissance des droits fondamentaux de l'individu. Mais aussi parce qu'elle est de nature à briser le cercle infernal dans lequel s'enferment certains obèses : stigmatisation => perte d'estime de soi => prises alimentaires de compensation => entretien ou développement de l'obésité.

RÉFÉRENCES

BASDEVANT A, BARZIC LE M., GUY-GRAND B (1993). *Les obésités*. Ardix Médical, Paris

BASDEVANT A (1998). « Séméiologie et clinique de la restriction alimentaire ». *Cah. Nutr. Diét.*, 33, 4 : 235-241.

BASDEVANT A, LAVILLE M, ZIEGLER O (1998). Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 33 sup. 1 : 1-148.

CORBEAU JP (1995). « L'imaginaire du gras associé à divers types de consommation de gras et les perceptions de leurs qualités », in Corbeau JP. et Poulain JP, 2002, *Penser l'alimentation*, Privat.

NICOLAÏS F, VALCESCHINI E *Agro-alimentaire : une économie de la qualité*. Paris, Editions INRA-Economica.

FISCHLER C (1990). *L'Homnivore*, Paris, Odile Jacob.

FISCHLER C (1993). « Le Bon et le Saint, Evolution de la sensibilité alimentaire des français », *Cahiers de l'OCHA n°1*.

GERMOV J, WILLIAMS L (1996). The epidemic of dieting women : The need for a sociological approach to food and nutrition, *Appetite*, 27 : 97-108

GOFFMAN E (1963). *Stigma : Notes on the management of spoiled identity*, Englewood Cliffs. Traduction française *Stigmates, Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Editions de Minuit, 1975

HUBERT A (1997). Adaptabilité humaine : biologie et culture. Du corps pesant au corps léger : approche anthropologique des formes. *Diététique et médecine*, 1997 : 83-88.

- LAMBERT JL (1987). *L'évolution des modèles de consommation alimentaires en France*. Paris, Lavoisier.
- POULAIN JP, NEIRINCK E (1988). *Histoire de la cuisine et des cuisiniers, techniques culinaires et pratiques de table en France du moyen âge à nos jours*. Paris, Lanore, réédition augmentée 2000.
- POULAIN JP (2000). « Les dimensions sociales de l'obésité », in *Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*. Expertise collective, Paris, INSERM, 59-96.
- POULAIN JP (1997). « On mange aussi du sens », *Communautés éducatives : Figures de l'obésité et conduites alimentaires*, n° 99, p. 16-21.
- POULAIN JP (1998). « La modernité alimentaire, pathologie ou mutations sociales ? ». *Cahiers de nutrition et de diététique*, 33, 6 : 351-358.
- POULAIN JP (2002). *Sociologies de l'alimentation*. Paris, PUF.
- POULAIN JP (2001). *Manger aujourd'hui*. Privat. REYNAUD JD (1995). *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*. Paris, Colin.
- ROLLAND-CACHERA MF (2000). « Définition de l'obésité chez l'enfant », in *Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*, Expertise collective, Paris, INSERM.
- ROMON M (1998). « Evaluation de l'apport alimentaire chez le sujet en restriction cognitive », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 33, 4 : 249-252.
- ROMON M (1999). « Le renard et le petit Prince ». *Cahiers de nutrition et de diététique*, 34, 5 : 257
- ROZIN P, FISCHLER C, IMADA S, SARUBIN A, VRZESNIEWSKI A (1999). « Attitudes to food and the rôle of food in life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France : Possible implications for the diet-health debate », *Appetite*, 33(2) : 163-80.
- SOBAL J, STUNKARD A. Socioeconomic status and obesity : A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1990, 105 : 260-275.
- SOBAL J (1995). « The medicalization and Demedicalization of Obesity », in Maurer D. and Sobal J., *Eating Agendas. Food and Nutrition as Social Problemes*. Adeline de Gruyter, New York.
- ZIEGLER O (2000-2). « Aspects nutritionnels des obésités », in INSERM, *Obésité dépistage et prévention chez l'enfant*, 131-163.