# L'Impact des Problèmes Émotionnels chez les Enfants Non Désirés sur le Risque d'Obésité : Une Étude Approfondie

**Rosaline Antoine Tannous***

**Résumé**

L'étude vise à explorer l'association entre les problèmes émotionnels et le risque d'obésité chez les enfants identifiés comme non désirés, comparativement à ceux désirés. Afin de mener à bien ce travail, nous avons adopté l'approche descriptive et la méthodologie corrélationnelle en utilisant un échantillon de 10 enfants obèses âgés de 6 à 12 ans. Les résultats ont révélé que les enfants non désirés présentaient des niveaux plus élevés de problèmes émotionnels, tels que l'anxiété, par rapport aux enfants désirés. De plus, une corrélation significative a été observée entre ces problèmes émotionnels et l'indice de masse corporelle (IMC) des enfants non désirés, suggérant un lien potentiel avec le risque d'obésité. Les recommandations de l'étude comprennent l'intégration d'une évaluation approfondie des problèmes émotionnels dans la pratique clinique, la nécessité de mener des études longitudinales pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents et l'importance de mettre en place des programmes de prévention de l'obésité qui prennent en compte les facteurs psycho-sociaux.

**Mots clés** : Problèmes émotionnels, enfants non désirés, obésité.

## Introduction

La prévalence croissante de l'obésité infantile constitue un défi majeur de santé publique à l'échelle mondiale, avec des répercussions significatives sur le bien-être physique et psycho-social des enfants. Les études ont de plus en plus mis en évidence le rôle des facteurs émotionnels dans le développement de l'obésité chez les enfants, montrant ainsi l'importance

* Étudiante en doctorat au département de psychologie, Université Libanaises, rosysaad9@gmail.com

d'une approche holistique de cette problématique de santé. Dans ce contexte, cette étude vise à explorer la relation entre les problèmes émotionnels et le risque d'obésité chez les enfants, en mettant particulièrement l'accent sur les enfants identifiés comme non désirés.

La littérature scientifique a déjà établi des liens entre les problèmes émotionnels, tels que le stress familial, les conflits interpersonnels et le comportement alimentaire chez les enfants. Cependant, la compréhension de la manière dont ces facteurs émotionnels influencent le risque d'obésité chez les enfants non désirés est encore incomplète. Cette étude cherche à combler cette lacune en examinant de manière approfondie les mécanismes sous-jacents à cette association complexe.

En outre, cette recherche revêt une importance particulière en raison de son potentiel à informer les politiques de santé publique et les interventions cliniques visant à prévenir et à traiter l'obésité infantile. Comprendre comment les problèmes émotionnels peuvent contribuer à l'obésité chez les enfants non désirés peut orienter le développement de stratégies de prévention plus ciblées et efficaces.

Cette étude adopte une approche multidisciplinaire en intégrant des concepts de psychologie, de santé publique et de médecine pédiatrique pour examiner les interactions complexes entre les facteurs émotionnels et le risque d'obésité chez les enfants. En se basant sur les concepts de méthodes d'analyse rigoureuses, nous chercherons à apporter des réponses à cette question cruciale ainsi que des contributions significatives pour essayer de résoudre cette problématique de santé publique.

**L’importance de l’étude et la justification ~~de~~ du choix**

L'obésité infantile est un problème de santé publique croissant à l'échelle mondiale, avec des répercussions importantes sur la santé physique et mentale des enfants. Comprendre les facteurs contribuant à ce phénomène est essentiel pour élaborer des stratégies de prévention et d'intervention efficaces. Cette étude se concentre sur l'impact des problèmes émotionnels chez les enfants non désirés et sur le risque d'obésité, une dimension souvent négligée dans la recherche.

Nous énumérons ci-dessous quelques-uns de ces problèmes :

1. **L'éclairage sur une population vulnérable** : les enfants non désirés constituent un groupe particulièrement vulnérable. Ils peuvent être exposés à des niveaux plus élevés de stress et de conflits familiaux, ce qui peut influencer leur santé émotionnelle et physique. En explorant cette dimension, l'étude vise à attirer l'attention sur les besoins spécifiques de cette population.
2. **Les liens entre les émotions et la santé physique** : cette recherche met en lumière les liens potentiels entre les problèmes émotionnels et l'obésité. Une meilleure compréhension de ces interactions peut aider à développer des interventions ciblées pour prévenir l'obésité chez les enfants à risque.
3. **La prévention et intervention précoces** : en identifiant les facteurs émotionnels qui contribuent à l'obésité, les professionnels de la santé peuvent intervenir plus tôt et de manière plus efficace. Des programmes de soutien émotionnel adaptés peuvent être mis en place pour aider les enfants et leurs familles à gérer le stress et les émotions négatives.
4. **La réduction des inégalités en santé** : en se concentrant sur les enfants non désirés, l'étude aborde un aspect des inégalités en santé. Les résultats peuvent informer des politiques visant à réduire ces disparités et à promouvoir un développement sain pour tous les enfants, indépendamment de leur contexte familial.
5. **Le renforcement des connaissances scientifiques** : cette étude contribue à la littérature scientifique en explorant une relation peu étudiée entre les problèmes émotionnels et le risque d'obésité. Les résultats peuvent ouvrir de nouvelles voies de recherche et encourager d'autres études dans ce domaine.

**Les études antérieures et la construction de la problématique**

Une étude antérieure écrite par Sabrina Julien Sweerts, Gérard Apfeldorfer, Katherine Kureta-Vanoli, Lucia Romoi, aborde la question croissante de l'obésité en tant que problème de santé publique et remet en question l'efficacité des régimes alimentaires et des conseils nutritionnels à long terme. Elle explore une nouvelle approche de prise en charge centrée sur les thérapies émotionnelles, notamment chez les individus souffrant d'envies de manger émotionnelles. Après avoir défini deux concepts clés, l'alimentation émotionnelle et l'acceptation, la chercheuse examine les cadres théoriques de différentes thérapies émotionnelles utilisées dans le traitement du surpoids ou de l'obésité. Ces thérapies

comprennent la pleine conscience, le Mindfulness-Based for Eating Disorder (MB-EAT), la thérapie d'acceptation et d'engagement, ainsi que le traitement comportemental basé sur l'acceptation pour la perte de poids (ABT). L'objectif est de mieux comprendre leur efficacité dans la gestion du surpoids ou de l'obésité et d'éviter l'utilisation de techniques contradictoires tel un régime alimentaire avec de la pleine conscience. Bien que les résultats actuels semblent prometteurs, l'efficacité de ces thérapies nécessite une confirmation par de nouvelles études. L'article soulève également la question de l'émergence de nouvelles thérapies "intégratives" qui prétendent être similaires aux autres thérapies émotionnelles mais qui semblent être en réalité leur opposé exact. Il questionne ~~si~~ le fait que le contrôle et l'acceptation ne soient pas deux concepts antinomiques.

Les recherches ont mis en évidence une relation bidirectionnelle complexe entre les problèmes émotionnels et l'obésité chez les enfants (Julien Sweerts, 2020 ; Villeneuve, 2014). L'étude de Sweerts aborde la question des déterminants psychologiques du surpoids et de l'obésité, ainsi que l'évaluation d'une prise en charge intégrée de cette maladie chronique. Elle examine les hypothèses étiologiques de l'obésité, ses conséquences médicales, sociales et psychologiques, ainsi que les modèles psychologiques existants. L'étude se concentre sur l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) sur différents aspects tels que le poids, l'alimentation intuitive, l'alimentation émotionnelle, la restriction cognitive et la satisfaction corporelle. Les résultats de cette recherche n'ont pas démontré de manière significative l'efficacité de cette prise en charge par rapport à d'autres approches. Cependant, malgré ces résultats mitigés, des effets positifs ont été observés sur le poids et l'alimentation intuitive. En outre, l'étude examine les déterminants psychologiques potentiels du surpoids et de l'obésité en comparant des sujets de poids normal à ceux en surpoids ou obèses sur plusieurs variables, ~~telles~~ tels que l'activité physique, le stress perçu, la restriction cognitive, les stratégies de gestion émotionnelle, la personnalité et la présence d'événements de vie stressants ou traumatiques. Les analyses indiquent que la restriction cognitive est un prédicteur de l'IMC, tout comme l'âge et le stress perçu, bien que la symptomatologie traumatique soit associée négativement à l'IMC, ce qui soulève des questions nécessitant des recherches ultérieures pour confirmer ces résultats et explorer leurs implications thérapeutiques et préventives.

Une autre étude antérieure examine l'association entre le stress lié à l'alimentation (utilisé comme un indicateur de l'insécurité alimentaire) et l'obésité chez les adultes. En utilisant les données du module optionnel du contexte social du Système de surveillance des facteurs de risque comportementaux (BRFSS) de 2009, l'étude évalue cette association à travers une question redéfinie sur l'insécurité alimentaire, mesurant le stress lié à l'achat de repas nutritifs.

L'étude inclut un échantillon de 66 553 adultes provenant de 12 États. L'insécurité alimentaire est évaluée en fonction des réponses à la question portant sur la fréquence du stress lié à l'achat de repas nutritifs au cours des 12 derniers mois. Les prévalences de l'obésité sont comparées entre les groupes d'adultes en sécurité alimentaire et ceux en insécurité alimentaire. Des tests T sont utilisés pour comparer les différences de prévalence entre ces groupes, tandis qu'une régression logistique est employée pour examiner l'association entre l'insécurité alimentaire et l'obésité. Les résultats révèlent une prévalence plus élevée de l'obésité chez les adultes en insécurité alimentaire (35,1 %) par rapport à ceux en sécurité alimentaire (25,2 %), avec une augmentation de 32 % des chances d'obésité pour les adultes en insécurité alimentaire.

D'une part, les enfants confrontés à des difficultés émotionnelles comme le stress familial, les conflits interpersonnels, l'anxiété et la dépression sont plus susceptibles de développer des comportements alimentaires malsains, plus particulièrement la consommation émotionnelle et le grignotage compulsif, en réponse au stress. De plus, ces enfants sont souvent moins enclins à participer à des activités physiques, ce qui contribue à un déséquilibre énergétique et à un gain de poids excessif (Petrovic et al., 2009).

**La problématique**

L'analyse des études précédentes révèle une interaction complexe entre les problèmes émotionnels et l'obésité, formant un cycle vicieux où chaque facteur peut exacerber l'autre. Cependant, la recherche n'a pas suffisamment exploré comment ce cycle peut être influencé par des facteurs contextuels tels que le statut de l'enfant en tant qu'enfant non désiré. Les enfants non désirés peuvent être particulièrement vulnérables aux problèmes émotionnels en raison du manque de soutien affectif et des environnements familiaux potentiellement dysfonctionnels.

La problématique de cette étude se construit donc autour de l'hypothèse que les enfants non désirés, en raison de leur contexte de naissance, présentent un risque accru de développer des problèmes émotionnels. Ces problèmes émotionnels, à leur tour, peuvent les prédisposer à des comportements alimentaires malsains et à un mode de vie sédentaire, augmentant ainsi leur risque d'obésité. De plus, l'obésité chez ces enfants pourrait intensifier leurs difficultés émotionnelles, créant ainsi un cercle vicieux difficile à rompre.

Ainsi, cet article vise à examiner :

1. L'impact des problèmes émotionnels sur le risque d'obésité chez les enfants non désirés.
2. La façon dont le statut d'enfant non désiré modère la relation entre les problèmes émotionnels et l'obésité.
3. Les mécanismes sous-jacents qui influencent les problèmes émotionnels et l'obésité dans ce groupe spécifique.

De ces questions cruciales découlent les questions secondaires suivantes :

1. Comment les problèmes émotionnels, tels que le stress familial et les conflits interpersonnels, influencent-ils les comportements alimentaires des enfants obèses non désirés par rapport à ceux désirés ?
2. Quelle est la prévalence des problèmes émotionnels, entre autres l'anxiété et la peur, chez les enfants obèses non désirés par rapport à ceux désirés ?
3. Existe-t-il une corrélation entre les problèmes émotionnels et le risque d'obésité chez les enfants obèses non désirés ?

**Les hypothèses**

Les enfants non désirés présentent un risque accru de développer des problèmes émotionnels, ce qui les prédispose à l'obésité par rapport aux enfants désirés.

1. Les enfants non désirés sont plus susceptibles de manifester des comportements alimentaires malsains, tels que la consommation émotionnelle et le grignotage compulsif, en réponse au stress, par rapport aux enfants désirés.
2. Il existe une corrélation positive entre le niveau de stress familial et l'incidence de l'obésité chez les enfants non désirés.

3. Les enfants non désirés participent moins souvent à des activités physiques, ce qui contribue à un déséquilibre énergétique et à un gain de poids excessif, par rapport aux enfants désirés.
4. Les problèmes émotionnels chez les enfants non désirés exacerbent les effets de l'obésité sur leur estime de soi et leur image corporelle par rapport aux enfants désirés.
5. Les déséquilibres hormonaux associés à l'obésité affectent plus gravement le fonctionnement du cerveau des enfants non désirés, y compris les régions impliquées dans la régulation de l'humeur et du stress, par rapport aux enfants désirés.

**Les objectifs**

L'objectif principal de l'étude est de déterminer l'association entre les problèmes émotionnels et le risque d'obésité chez les enfants non désirés par rapport à ceux désirés. Cette focalisation précise permet d'analyser en profondeur comment les facteurs émotionnels peuvent influencer le développement de l'obésité, en particulier chez les enfants dont la naissance n'était pas désirée par leurs parents.

Les objectifs secondaires, quant à eux, ajoutent une dimension complémentaire à l'objectif principal en explorant les différents aspects des problèmes émotionnels et de l'obésité chez les enfants non désirés :

1. La prévalence des problèmes émotionnels : l'étude vise à déterminer dans quelle mesure les problèmes émotionnels, incluant l'anxiété et la peur, sont présents chez les enfants non désirés par rapport à ceux désirés. Cette analyse permettra de quantifier et de comparer les niveaux de détresse émotionnelle entre les deux groupes d'enfants.

2. La corrélation entre les problèmes émotionnels et le risque d'obésité : un autre objectif secondaire est d'analyser la corrélation entre les problèmes émotionnels et le risque d'obésité spécifiquement chez les enfants non désirés. Cette corrélation mettrait en lumière le lien potentiel entre la santé émotionnelle et physique de ces enfants.

3. L’identification des mécanismes sous-jacents : en explorant les mécanismes potentiels sous-jacents à l'association entre les problèmes émotionnels et l'obésité chez les enfants non

désirés, l'étude vise à fournir des insights précieux sur les processus psychologiques et physiologiques impliqués dans cette relation complexe.

**~~a~~ Quelques notions définitoires**

**L'enfant non désiré**

Les enfants non désirés sont ceux qui naissent dans des circonstances où leur arrivée n'était pas planifiée, souhaitée ou acceptée par leurs parents ou leurs tuteurs. Cette notion englobe une variété de situations, allant des grossesses non prévues aux naissances considérées comme un fardeau financier ou émotionnel pour la famille (Mathiot, 2009).

Dans le cadre de cette étude, il est crucial de comprendre l'impact des enfants non désirés sur le risque d'obésité et les problèmes émotionnels car ces enfants sont souvent exposés à des environnements familiaux caractérisés par des tensions, des conflits et des carences affectives. Les dynamiques familiales défavorables, combinées à un manque de soutien émotionnel, peuvent contribuer au développement de problèmes émotionnels comme l'anxiété, la dépression et le stress chronique chez les enfants non désirés. De plus, ces environnements familiaux peuvent également favoriser l'adoption de comportements alimentaires malsains et la restriction des opportunités d'activité physique, augmentant ainsi le risque d'obésité chez ces enfants. Par conséquent, comprendre cette population spécifique serait essentiel pour concevoir des interventions préventives et thérapeutiques efficaces visant à promouvoir la santé globale et le bien-être des enfants (Bayle, 2013).

**L'obésité infantile**

L'obésité infantile constitue un défi majeur de santé publique à l'échelle mondiale et sa prévalence a atteint des niveaux alarmants au cours des dernières décennies (Musung et al., 2019). Cette augmentation rapide est due à une combinaison complexe de facteurs environnementaux, socio-économiques, comportementaux et génétiques. En effet, les modes de vie modernes caractérisés par une alimentation déséquilibrée, une sédentarité accrue et une exposition à des aliments ultra-transformés favorisent la prise de poids excessive chez les enfants. Parallèlement, les inégalités socio-économiques et l'accès limité à des aliments sains

et à des environnements propices à l'activité physique contribuent à aggraver le problème dans certaines populations (Regaieg et al., 2014).

Outre les conséquences immédiates sur la santé physique, tel le risque accru de développer des maladies chroniques comme le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, l'obésité infantile a également des répercussions à long terme sur la santé mentale et le bien-être psycho-social des enfants (Azekour et al., 2020). Les enfants obèses sont souvent confrontés à la stigmatisation, à la discrimination et à des problèmes d'estime de soi, ce qui peut entraîner des troubles de l'alimentation, des troubles anxieux et une détresse émotionnelle (Attouche et al., 2021).

**Les limites de l'étude**

1. La taille restreinte de l'échantillon ~~restreinte~~ : l'échantillon de seulement 10 enfants, bien que soigneusement sélectionné, est relativement petit, ce qui peut limiter la généralisation des résultats à une population plus large. Une plus grande taille d'échantillon aurait pu fournir des données plus robustes et une meilleure représentativité.

2. Le biais de réponse potentiel : l'utilisation de questionnaires auto-administrés et d'entretiens peut introduire un biais de réponse car les participants peuvent fournir des

subjectives des parents sur la désirabilité de la naissance de leur enfant pourraient influencer les résultats de l'étude.

5. Les limites des outils d'évaluation : bien que les questionnaires et les entretiens utilisés dans l'étude soient des outils validés, ils peuvent présenter des limites inhérentes à leur capacité à capturer de manière exhaustive et précise les problèmes émotionnels et les comportements alimentaires des enfants.

**La méthodologie**

Afin de comprendre la nature complexe du sujet, nous avons adopté l'approche descriptive et corrélationnelle, pour examiner en profondeur les caractéristiques du profil des enfants obèses identifiés comme non désirés. Simultanément, une approche corrélationnelle sera utilisée pour étudier les associations entre diverses variables, citons-en les problèmes émotionnels, le risque d'obésité et le statut de désirabilité. Cette combinaison de stratégies permettra de définir le phénomène, de recueillir des informations détaillées et de déterminer le type de relations entre les variables étudiées.

**La population ciblée**

La population que cible cette étude comprend des enfants obèses âgés de 6 à 12 ans, issus de différentes régions géographiques. Cette cohorte d'enfants obèses servira de base pour l'exploration du risque d'obésité et l'évaluation des relations entre les problèmes émotionnels et le statut de désirabilité.

**L'échantillon d'étude**

L'échantillon d'étude est composé de 10 enfants âgés de 6 à 12 ans, comprenant 4 filles et 6 garçons. Ces enfants ont été sélectionnés sur la base de critères d'inclusion spécifiques, notamment un indice de masse corporelle (IMC) dans la plage définie comme obèse selon les courbes de croissance de référence pour leur âge et leur sexe, telles que définies par

l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou les centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC).

**Les outils d'étude de l'étude**

Pour recueillir des données nous avons élaboré des questionnaires (voir Annexe 1 et 2) en utilisant des échelles validées par plusieurs études: l'échelle d'adaptation parentale et familiale (EAPF) , l'échelle d'Estime de Soi de Rosenberg, et des entretiens (voir Annexe 3) (*Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg*, n.d.; Mazzucchelli et al., 2018). Ce sont des échelles adaptées et validées par plusieurs études (Fourchard & Courtinat-Camps, 2013; Frascarolo et al., 2009; Maintier & Alaphilippe, 2006; Roehrig & Pradier, 2017) . Ces outils sont utilisés pour explorer en détail le contexte émotionnel des enfants, en mettant particulièrement l'accent sur leur perception de leur désirabilité au moment de la conception et de la naissance. Les questionnaires et les entretiens ont également couvert une évaluation approfondie des habitudes alimentaires, des habitudes de sommeil et du niveau d'activité physique des enfants, étant donné leur importance potentielle dans le développement de l'obésité.

**La collecte des données**

Les données recueillies ont été soumises à des analyses statistiques appropriées pour examiner les associations entre les variables étudiées. Des analyses descriptives furent utilisées pour présenter les caractéristiques de l'échantillon, tandis que des analyses de corrélation et de régression ont été réalisées pour examiner les relations entre les problèmes émotionnels, le risque d'obésité et le statut de désirabilité. Les logiciels statistiques notamment le SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) a été utilisé pour effectuer ces analyses, avec un seuil de signification fixé à $p < 0,05$.

**Les propriétés psychométriques des outils**

Les outils utilisés dans cette étude ont été sélectionnés en tenant compte de leurs propriétés psychométriques, visant à assurer leur validité et leur fiabilité. Voici les propriétés psychométriques des principaux outils utilisés :

1. L'échelle d'adaptation parentale et familiale (EAPF) : cette échelle a été choisie pour évaluer les interactions familiales et les relations parentales ainsi que pour identifier les sources de stress familial. Ses propriétés psychométriques comprennent une bonne validité de contenu, une fiabilité interne élevée et une validité de construit confirmée par des études antérieures.

2. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg : utilisée pour évaluer l'estime de soi des enfants, cette échelle présente de bonnes propriétés psychométriques, notamment une fiabilité interne élevée et une validité de contenu bien établie.

3. Les questionnaires sur les comportements alimentaires et les habitudes de vie : les questionnaires élaborés pour évaluer les comportements alimentaires, les habitudes de sommeil et le niveau d'activité physique des enfants ont été conçus en tenant compte des principes de la mesure descriptive. Leur validation psychométrique dépendra de la précision des réponses fournies par les participants, ainsi que de leur capacité à capturer de manière exhaustive les différents aspects des comportements étudiés.

4. Les entretiens semi-structurés : les entretiens semi-structurés ont permis d'approfondir la compréhension des perceptions et des expériences des enfants en matière d'estime de soi, de stress familial et d'autres aspects émotionnels. Leur validité dépendra de la qualité des données recueillies et de la capacité des chercheurs à interpréter de manière rigoureuse les réponses des participants.

**Les méthodes statistiques**

Les méthodes statistiques utilisées dans cette étude ont inclus des analyses descriptives, telles que des moyennes, des écarts-types et des pourcentages, pour présenter les caractéristiques de l'échantillon. Des analyses de corrélation ont également été utilisées pour explorer les relations entre les variables étudiées, tandis que des tests de régression furent utilisés pour examiner les associations entre les variables indépendantes et dépendantes. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant des logiciels appropriés, avec un niveau de signification préalablement défini.

**Les considérations éthiques de l'étude**

Cette étude a été soumise à plusieurs considérations éthiques importantes pour garantir le bien-être et les droits des participants. Ces considérations comprennent :

1. Le consentement éclairé : tous les participants, ainsi que leurs parents ou tuteurs légaux s'ils sont mineurs, ont été pleinement informés des objectifs, des procédures et des risques potentiels de l'étude et il leur fut demandé de donner leur consentement éclairé avant de participer.

2. La confidentialité et l'anonymat : les données collectées ont été traitées de manière confidentielle et toutes les informations identifiables furent supprimées ou anonymisées dans le but de protéger la vie privée des participants.

3. Le bien-être des participants : des mesures ont été prises afin de minimiser toute détresse ou inconfort potentiel pour les participants, et un soutien psychologique nécessaire était prévu en cas de nécessité.

4. L'autorisation éthique : cette étude fut menée conformément aux normes éthiques établies par l'institution de recherche et une autorisation éthique fut obtenue auprès du comité d'éthique compétent avant le début de la collecte des données.

**Les résultats**

**Les caractéristiques démographiques de l'échantillon**

L'échantillon de l'étude était composé de 10 enfants âgés de 6 à 12 ans, avec une répartition de 4 filles et 6 garçons. Ces enfants ont été sélectionnés en fonction de leur indice de masse corporelle (IMC), défini comme obèse selon les normes de croissance de l'OMS ou des CDC. Les enfants étaient issus de différentes régions géographiques, assurant ainsi une représentativité géographique diversifiée.

**L'analyse statistique**

Les relations entre les différentes variables étudiées ont été analysées et interprétées à l'aide des techniques statistiques utilisées dans cette enquête. Voici un aperçu des principales techniques statistiques utilisées :

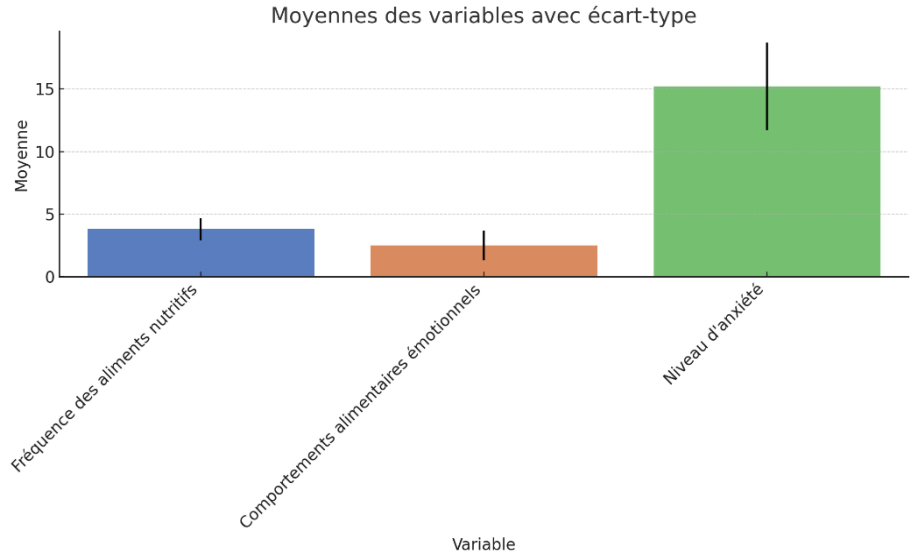
1. ***L'analyse des questionnaires :*** les données des questionnaires sur les comportements alimentaires et les problèmes émotionnels ont été traitées à l'aide de méthodes statistiques descriptives et analytiques.

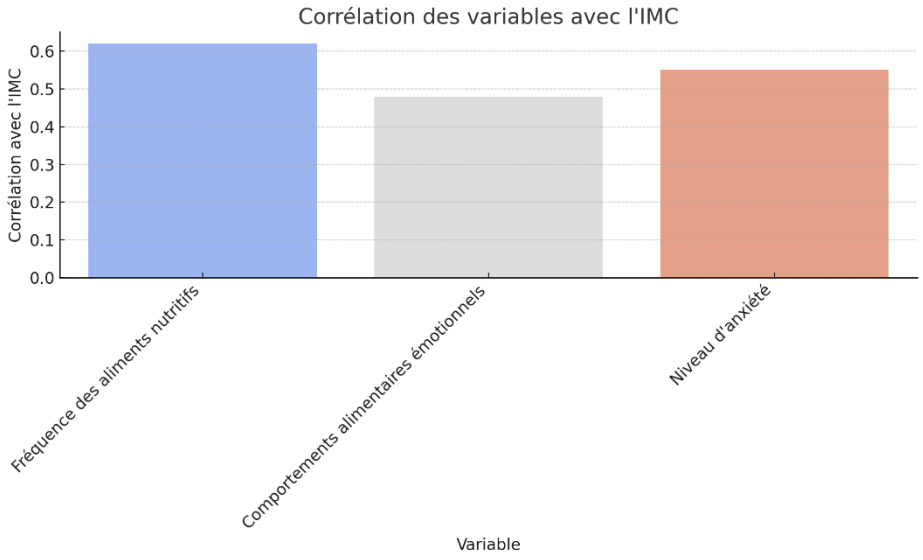
2. ***Les corrélations*** **:** des analyses de corrélation furent menées pour étudier les relations entre les habitudes alimentaires, les problèmes émotionnels et l'indice de masse corporelle (IMC) des enfants.
3. ***Le test TAT :*** ⊥ les réponses au Thematic Apperception Test (TAT) ont été analysées pour identifier les thèmes émotionnels prédominants et leur éventuelle relation avec l'obésité chez les enfants non désirés.

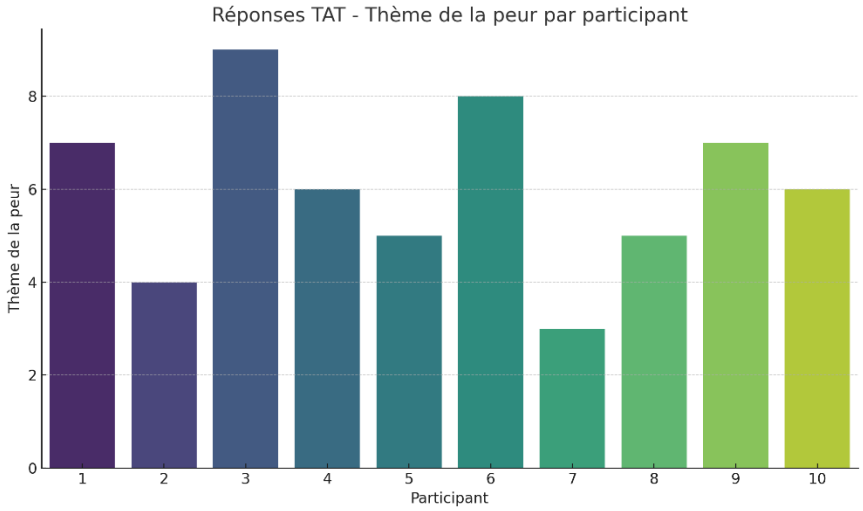
| Variable | Moyenne | Écart-type | Corrélation avec l'IMC | Valeur p |
|---|---|---|---|---|
| Fréquence des aliments nutritifs | 3.8 | 0.9 | 0.62 | <0.01 |
| Comportements alimentaires émotionnels | 2.5 | 1.2 | 0.48 | 0.03 |
| Niveau d'anxiété | 15.2 | 3.5 | 0.55 | 0.01 |

| Participant | Réponses TAT - Thème de la peur |
|---|---|
| Participant 1 | 7 |
| Participant 2 | 4 |
| Participant 3 | 9 |
| Participant 4 | 6 |
| Participant 5 | 5 |
| Participant 6 | 8 |
| Participant 7 | 3 |
| Participant 8 | 5 |
| Participant 9 | 7 |
| Participant 10 | 6 |

Les résultats montrent que la fréquence des aliments nutritifs est fortement inversée avec l'IMC, indiquant que des choix alimentaires plus sains sont associés à un IMC plus bas. En revanche, des comportements alimentaires émotionnels et des niveaux d'anxiété plus élevés sont positivement corrélés avec l'IMC, suggérant que des facteurs émotionnels jouent un rôle significatif dans l'augmentation du poids corporel chez les enfants non désirés.


Moyennes des variables avec écart-type
Moyenne
0
5
10
15
Fréquence des aliments nutritifs
Comportements alimentaires émotionnels
Niveau d'anxiété
Variable


Corrélation des variables avec l'IMC
Corrélation avec l'IMC
0.0
0.1
0.2
0.3
0.4
0.5
0.6
Fréquence des aliments nutritifs
Comportements alimentaires émotionnels
Niveau d'anxiété
Variable


Réponses TAT - Thème de la peur par participant
Thème de la peur
0
2
4
6
8
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
Participant

Ces graphes permettront de visualiser comment chaque facteur (alimentation nutritive, comportements émotionnels, anxiété) influence l'IMC, facilitant l'interprétation des relations corrélatives observées.

**La prévalence des problèmes émotionnels parmi les enfants non désirés**

Dans notre échantillon de 10 enfants, nous avons identifié 6 enfants comme étant des enfants non désirés. Cette proportion significative, représentant plus de la moitié de l'échantillon, met en lumière l'importance de comprendre l'impact des circonstances de la naissance sur le développement émotionnel des enfants. En analysant les réponses des parents et des enfants, nous avons pu identifier et différencier clairement les enfants non désirés de ceux qui étaient désirés, ce qui nous permet d'explorer de manière approfondie les implications de cette distinction sur leur bien-être émotionnel et leur risque d'obésité. En moyenne, les enfants non désirés ont présenté des niveaux d'anxiété plus élevés (15.2 ± 3.5) par rapport à ceux qui étaient désirés. Cette différence suggère un lien potentiel entre le statut de désirabilité de l'enfant et son bien-être émotionnel.

**Les résultats des analyses statistiques concernant l'association entre les problèmes émotionnels et le risque d'obésité chez les enfants non désirés**

Les analyses de corrélation ont mis en évidence des relations significatives entre les variables étudiées. En particulier, les comportements alimentaires émotionnels des enfants non désirés étaient corrélés de manière positive avec leur IMC (corrélation de 0.48, $p = 0.03$). De même, une corrélation positive significative a été observée entre le niveau d'anxiété et l'IMC des enfants non désirés (corrélation de 0.55, $p = 0.01$). Ces résultats suggèrent que les enfants non désirés présentant des niveaux plus élevés de problèmes émotionnels sont plus susceptibles d'avoir un IMC élevé, indiquant un risque accru d'obésité.

De plus, l'analyse des réponses au Thematic Apperception Test (TAT) a révélé des thèmes émotionnels prédominants chez les enfants non désirés. Les participants ont présenté des niveaux variables de peur, allant de 3 à 9 sur l'échelle TAT. Cela suggère une diversité dans les

réponses émotionnelles des enfants non désirés, ce qui souligne l'importance de comprendre ces facteurs émotionnels dans le contexte de l'obésité infantile.

## Discussion

### L'interprétation des résultats à la lumière des théories existantes et des recherches antérieures

Les résultats de cette étude fournissent un nouvel aperçu des liens complexes entre les enfants non désirés, les problèmes émotionnels et l'obésité infantile. Les théories psychologiques et sociologiques antérieures ont souvent mis en avant l'importance du contexte familial et des expériences précoces dans le développement de la santé émotionnelle et physique des enfants. Nos résultats sont en accord avec ces théories, mettant en évidence que les enfants non désirés sont plus susceptibles de présenter des problèmes émotionnels tels que l'anxiété, et que ces problèmes émotionnels sont associés à un risque accru d'obésité infantile.

### L'exploration des mécanismes potentiels sous-jacents à l'association entre les enfants non désirés, les problèmes émotionnels et l'obésité

Plusieurs mécanismes peuvent expliquer l'association observée entre les enfants non désirés, les problèmes émotionnels et l'obésité infantile. Tout d'abord, les enfants non désirés peuvent être exposés à des environnements familiaux marqués par le stress, les conflits et le manque de soutien émotionnel, ce qui peut contribuer au développement de problèmes émotionnels tels que l'anxiété et la dépression. Ces problèmes émotionnels peuvent à leur tour influencer les comportements alimentaires, en favorisant la recherche de réconfort à travers la nourriture et en augmentant le risque d'obésité.

De plus, les enfants non désirés peuvent être confrontés à des défis supplémentaires dans leur vie quotidienne, tels que le harcèlement à l'école ou la stigmatisation sociale, ce qui peut aggraver leur détresse émotionnelle et augmenter leur vulnérabilité à l'obésité. En outre, les réponses hormonales au stress peuvent perturber les mécanismes biologiques régulant

l'appétit, le métabolisme et la prise de décision liée à la nourriture, contribuant ainsi à l'accumulation de poids excessif.

**Les considérations des implications pratiques et théoriques des résultats**

Les implications de cette étude sont multiples. Sur le plan théorique, nos résultats mettent en évidence l'importance des facteurs émotionnels dans la compréhension de l'obésité infantile, soulignant la nécessité d'adopter une approche holistique qui tienne compte à la fois des facteurs émotionnels et environnementaux dans la prévention et le traitement de l'obésité chez les enfants.

Sur le plan pratique, nos résultats soulignent l'importance de développer des programmes de soutien familial et d'intervention précoce pour les enfants non désirés et leur famille. Ces programmes pourraient inclure des services de santé mentale, des ressources éducatives sur la nutrition et l'activité physique ainsi que des interventions axées sur le renforcement des compétences parentales et la création d'environnements familiaux favorables.

**Les recommandations de l'étude**

Les recommandations de cette étude peuvent être formulées à plusieurs niveaux, notamment pour la pratique clinique, la recherche future et les politiques de santé publique. Voici quelques recommandations basées sur les résultats et les conclusions de l'étude :

1. **La pratique clinique :**
   - Les professionnels de la santé devraient intégrer une évaluation approfondie des problèmes émotionnels, tels que le stress familial et l'estime de soi, dans l'évaluation et la prise en charge des enfants obèses.
   - Les interventions visant à améliorer la santé émotionnelle des enfants, telles que la thérapie cognitivo-comportementale et le soutien familial, pourraient être bénéfiques pour réduire le risque d'obésité chez les enfants identifiés comme non désirés.
2. **La recherche future :**

- Des études longitudinales sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à l'association entre les problèmes émotionnels et l'obésité chez les enfants non désirés, en examinant les trajectoires de développement à long terme.

- Des études qualitatives approfondies pourraient explorer les expériences subjectives des enfants non désirés et de leur famille afin de mieux saisir les facteurs psycho-sociaux qui influent sur leur santé et leur bien-être.

3. **Les politiques de santé publique :**
   - Il est essentiel de mettre en place des programmes de prévention de l'obésité qui tiennent compte des déterminants sociaux et émotionnels de la santé, en ciblant spécifiquement les enfants issus de familles où ils sont perçus comme non désirés.
   - Les politiques de santé publique devraient viser à promouvoir un environnement familial et social favorable au bien-être émotionnel des enfants, en offrant un soutien psycho-social aux familles confrontées à des défis émotionnels.

**Conclusion**

Cette étude a examiné l'association entre les enfants non désirés, les problèmes émotionnels et le risque d'obésité chez les enfants âgés de 6 à 12 ans. Les principales conclusions de cette étude sont les suivantes :

1. Les enfants non désirés présentent une prévalence significativement plus élevée de problèmes émotionnels, tels que l'anxiété, par rapport aux enfants désirés.

2. Les problèmes émotionnels sont positivement associés au risque d'obésité chez les enfants non désirés, suggérant un lien entre la détresse émotionnelle et le développement de l'obésité infantile.

3. Les mécanismes sous-jacents à cette association incluent probablement des facteurs environnementaux et biologiques, tels que le stress familial, la stigmatisation sociale et les réponses hormonales au stress.

4. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte les facteurs émotionnels dans la prévention et le traitement de l'obésité infantile, en particulier chez les enfants non désirés.

En guise de conclusion, cette étude apporte un éclairage nouveau sur les liens complexes entre les problèmes émotionnels et l'obésité infantile, mettant en évidence l'importance cruciale du contexte familial et émotionnel dans le développement de cette condition. Les implications de cette étude pour la recherche future et les pratiques cliniques sont importantes. Il est essentiel que les interventions visant à prévenir et à traiter l'obésité infantile prennent en compte les besoins émotionnels des enfants et des familles, en offrant

un soutien approprié et des ressources afin de faire face au stress et à la détresse émotionnelle. De plus, des recherches futures sont nécessaires pour approfondir notre compréhension des mécanismes sous-jacents à cette association et en vue de développer des stratégies de prévention et d'intervention plus efficaces et plus adaptées aux besoins spécifiques des enfants non désirés. En combinant une approche holistique de la santé émotionnelle et physique des enfants avec des interventions familiales et communautaires ciblées, nous pouvons espérer réduire la prévalence de l'obésité infantile et améliorer le bien-être global des enfants vulnérables.

**Références**


- Attouche, N., Hafdi, S., Somali, R., Battas, O., & Agoub, M. (2021). Facteurs associés au risque de troubles du comportement alimentaire chez les étudiants en médecine de Casablanca, Maroc. *The Pan African Medical Journal*, *39*, 270. https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.270.19976
- Azekour, K., Idir, I., Lahrach, N., & El Bouhali, B. (2020). Prévalence de l'obésité et du surpoids en milieu scolaire, oasis de Tafilalet, sud-est du Maroc. *The Pan African Medical Journal*, *35*, 40. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.40.17650
- Bayle, B. (2013). L'enfant désiré, la parentalité et la procréatique. *Dialogue*, *199*(1), 85–95. https://doi.org/10.3917/dia.199.0085
- *Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg*. (n.d.).
- Fourchard, F., & Courtinat-Camps, A. (2013). L'estime de soi globale et physique à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *vol.61*(n°6), 333–339. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.04.005
- Frascarolo, F., Dimitrova, N., Zimmermann, G., Favez, N., Kuersten-Hogan, R., Baker, J., & McHale, J. (2009). Présentation de l'adaptation française de « l'échelle de coparentage »

de McHale pour familles avec jeunes enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *57*(3), 221. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.11.005

- Julien Sweerts, S. (2020). Vers un modèle psychologique explicatif du surpoids et de l'obésité, et contribution à l'évaluation d'une prise en charge triaxiale comprenant la restriction cognitive, l'alimentation émotionnelle et l'acceptation: *Bulletin de psychologie*, *Numéro 567-568*(3), 213–217. https://doi.org/10.3917/bupsy.567.0213
- Maintier, C., & Alaphilippe, D. (2006). Validation d'un questionnaire d'auto-évaluation de Soi destiné aux enfants. *L?Année Psychologique*, *106*, 513–542. https://doi.org/10.4074/S0003503306004027
- Mathiot, L. (2009). Enfants non désirés et désirs des enfants. Les enjeux de la recomposition familiale lus à travers le repas. *Revue des Sciences Sociales*, *41*(1), 82–89. https://doi.org/10.3406/revss.2009.1201
- Mazzucchelli, T. G., Hodges, J., Kane, R. T., Sofronoff, K., Sanders, M. R., Einfeld, S., Tonge, B., & Gray, K. M. (2018). Parenting and family adjustment scales (PAFAS): Validation of a brief parent-report measure for use with families who have a child with a developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*, *72*, 140–151. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.10.011
- Musung, J. M., Muyumba, E. K., Nkulu, D. N., Kakoma, P. K., Mukuku, O., Kamalo, B. K. M., Mukeng, C. K., Kakisingi, C. N., Malonga, F. K., Chenge, F. M., & Luboya, O. N. (2019). Prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent en milieu scolaire à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal*, *32*, 49. https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.49.15969

- Petrovic, B., Mecarelli, M., Dabbas, M., Ricour, C., Golse, B., & Zigante, F. (2009). Psychopathologie et narrativité dans l'obésité infantile. *La psychiatrie de l'enfant*, *52*(1), 45–61. https://doi.org/10.3917/psye.521.0045
- Regaieg, S., Charfi, N., Trabelsi, L., Kamoun, M., Feki, H., Yaich, S., & Abid, M. (2014). Prévalence et facteurs de risque du surpoids et de l'obésité dans une population d'enfants scolarisés en milieu urbain à Sfax, Tunisie. *The Pan African Medical Journal*, *17*, 57. https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.57.3351
- Rigal, N. (2023). Stigmatisation et cercle vicieux de la prise de poids: Quelles réalités chez l'enfant et l'adolescent ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *71*(2), 68–72. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.12.004
- Roehrig, C., & Pradier, C. (2017). Clés de l'adaptation française d'un programme américain de soutien à la parentalité. *Santé Publique*, *29*(5), 643–653. https://doi.org/10.3917/spub.175.0643
- Villeneuve, C. (2014). Chapitre 12. L'enfant obèse. In *La famille et les troubles émotionnels des jeunes* (pp. 125–134). Presses de l'Université de Montréal. https://doi.org/10.4000/books.pum.5056

**Annexe 1**

Échelle d'adaptation parentale et familiale (EAPF)

Veuillez svp lire chaque énoncé et choisir un chiffre 0, 1, 2 or 3 qui indique à quel point l'énoncé était vrai pour vous au cours des quatre (4) dernières semaines. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chaque énoncé.

0. Pas vrai du tout pour moi, ou jamais

1. Un peu vrai pour moi, ou à l'occasion

2. Vrai pour moi une bonne partie du temps, ou souvent

3. Très vrai pour moi la plupart du temps, ou fréquemment

| Énoncé | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Quand il s'est mal comporté, je demande à mon enfant de s'excuser | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Je dis à mon enfant d'arrêter dès que je vois qu'il se comporte mal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Si mon enfant ne fait pas une tâche que je lui demande, j'abandonne et je fais la tâche moi-même | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. J'ignore volontairement les mauvais comportements mineurs de mon enfant | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Je donne à mon enfant une surprise, une récompense ou une activité amusante pour s'être bien comporté | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Quand mon enfant se conduit mal, je donne une conséquence prévue à l'avance (p.ex. enlever un jouet) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Je mets mon enfant en retrait (p.ex. seul dans un endroit calme) quand il se comporte mal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Je menace de faire quelque chose (p. ex, éteindre la télévision) quand mon enfant se comporte mal mais je ne le fais pas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Je crie ou me fâche quand mon enfant se comporte mal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Je félicite mon enfant quand il se comporte bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Je donne de l'attention à mon enfant, comme un câlin, un clin d'œil, un sourire ou un baiser quand il se comporte bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Je donne une fessée (ou une tape) à mon enfant quand il se comporte mal | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 13. Je me dispute avec mon enfant au sujet de son comportement ou de son attitude | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Je gère les mauvais comportements de mon enfant de la même manière tout le temps | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Je donne à mon enfant ce qu'il veut quand il est contrarié ou qu'il se met en colère | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Je joue ou je lis un livre avec mon enfant | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Je deviens agacé-e par mon enfant | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Je parle/discute avec mon enfant | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. J'encourage mon enfant à être physiquement actif | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. J'aime donner à mon enfant des câlins, des bisous et des caresses | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Je m'inquiète de savoir comment mon enfant sera dans le futur | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Je suis fière de mon enfant | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Je fais face aux exigences émotionnelles d'être un parent | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. J'aime passer du temps avec mon enfant | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. J'apprends à mon enfant à faire les choses par lui-même | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Je mange des repas avec mon enfant | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. J'ai une bonne relation avec mon enfant | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Je me sens stressé-e ou inquièt-e | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 29. Je me sens heureux-se | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Je me sens triste ou déprimé-e | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Je gère les exigences émotionnelles de mon rôle de parent | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Je travaille en équipe avec mon/ma partenaire pour éduquer nos enfants | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Je suis en désaccord avec mon/ma partenaire sur la façon d'éduquer nos enfants | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. J'ai une bonne relation avec mon/ma partenaire | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Les membres de notre famille s'aident et se soutiennent mutuellement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Les membres de notre famille s'entendent bien les uns avec les autres | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Les membres de notre famille se bagarrent ou se disputent | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Les membres de notre famille se critiquent ou se rabaissent | 0 | 1 | 2 | 3 |

(Mazzucchelli et al., 2018)

**Annexe 2**

Questionnaire : Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

| **Énoncé** | **Tout à fait en désaccord** | **Plutôt en désaccord** | **Plutôt en accord** | **Tout à fait en accord** |
|---|---|---|---|---|
| 1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Parfois je me sens vraiment inutile. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Annexe 3**

**Entretien**

**1. Compréhension de la naissance et de la conception :**

Pourriez-vous me dire comment vous pensez que les bébés naissent ?

Est-ce que vous vous souvenez d'une histoire que vos parents t' vous ont racontée sur votre naissance ?

Que pensez-vous de l'idée d'être un enfant non désiré ? Est-ce que cela a du sens pour vous ?

**2. Relations familiales :**

Comment vous sentez-vous à la maison avec votre famille ?

Y ~~v~~a-t-il des moments où vous vous sentez triste, seul(e) ou en colère à la maison ?

Est-ce qu'il y a des moments spéciaux que vous aimez partager avec votre famille ?

**3. Réponses face au stress et aux émotions :**

Quand quelque chose vous rend triste ou en colère, que faites-vous pour vous sentir mieux ?

Est-ce que vous parlez à quelqu'un quand vous vous sentez triste ou en colère ?

Est-ce que vous vous sentez bien à l'école ? Y a-t-il quelque chose qui vous dérange là-bas ?

**4. Questions ouvertes :**

Y a-t-il autre chose que vous aimeriez me dire sur vous même, votre famille ou ce que vous ressentez ?

Y a-t-il des choses que vous aimeriez changer à propos de la façon dont vous vous sentez ou comment ça se passe à la maison ?