

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1059

2021 TOU3 1060

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Kévin CHASTEL et Marie-Josèphe VANRYSSEL

Le mardi 06 juillet 2021

ÉTUDE QUALITATIVE SUR LE VECU ET LES ATTENTES DE
PARENTS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LEURS
ENFANTS EN SURPOIDS OU OBESES AGES DE 5 A 16 ANS EN
ARIEGE

Directeur de thèse : Dr Odile BOURGEOIS

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT
Madame le Docteur Odile BOURGEOIS
Madame le Docteur Aude HAGEGE

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HÖFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

Mme BONGARD Varina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOILLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
Mme IRI-DELAHAYE Moloko
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUDA Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. PUGNET Grégory	Médecine interne, Gériatrie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév.	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie		
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
		P.U. Médecine générale	
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
		Professeur Associé de Médecine	
		M. BOYER Pierre	
			M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Poi Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétiq
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaires
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq
M. CLAVEL Cynl	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jil	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Soïene	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emilie

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Martelle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Lella
Dr. BOUSSIER Nathalie

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je me promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions engagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité. Que les hommes et les confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; Que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Remerciements :

Aux membres du jury, nous vous remercions,

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury, et nous vous en remercions infiniment. Merci pour votre flexibilité malgré les changements de dernière minute.

A Madame le Docteur Odile BOURGEOIS,

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse. Nous vous sommes reconnaissants pour votre grande bienveillance, votre disponibilité et votre implication tout au long de notre travail.

À Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT,

Merci d'avoir accepté de siéger en tant que membre du jury. Merci de votre disponibilité, votre réactivité et votre bienveillance. Nous sommes heureux de vous compter parmi nous.

A Madame le Docteur Aude HAGEGE,

Merci d'avoir accepté de donner votre avis sur notre travail de thèse portant sur l'obésité pédiatrique, en apportant ainsi votre vision de spécialiste du développement de l'enfant.

À toutes les familles qui ont participé à notre étude,

Nous sommes vraiment reconnaissants que vous ayez accepté de répondre à nos questions, aussi intimistes soient-elles. Vous avez su nous faire confiance, nous vous en remercions infiniment.

Remerciements personnels de Marie-Josèphe :

À ma famille,

À ma mère,

Tu es ce que j'ai de plus précieux, tu m'as toujours soutenu même dans les moments les plus difficiles, tu as toujours cru en moi. Je n'aurais jamais rêvé avoir un meilleur soutien.

À mon père,

Merci de m'avoir soutenu tout au long de ce périple que sont les études de médecine. Malgré la distance, tu as su être toujours présent et tu avais toujours les mots pour me reconforter dans les moments de doute.

À mes frères et sœurs,

Je vous remercie de m'avoir apporté votre soutien durant ces années d'études. À Christophe, tu as parfois été un peu dur avec moi mais je me rends compte que c'était pour mon bien... Je t'en remercie grand frère. À Marie-Gabrielle, tu m'as appris que tout était possible avec de la détermination et de la volonté, je te remercie pour l'exemple que tu m'as donné ! À Michel, tu as toujours été serein et confiant par rapport à mes études, merci pour ta force tranquille. A Maité, ma grande sœur, merci de ton soutien durant ces dernières années. A Mazarine, ma petite sœur adorée, merci de m'avoir soutenu, reconforté, de m'avoir changé les idées, de m'avoir fait rire dans les moments difficiles. A Rosalie, tu es comme une sœur pour moi, tu as toujours été confiante pour mon avenir, je t'en remercie.

Au reste de ma famille,

À mon tonton blagueur, à mes tantes, à mes cousins et cousines, vous avez suivi mes aventures de futur médecin de loin, toujours là à me demander si j'avais enfin fini mes études, maintenant, je peux le dire : « Je suis enfin docteur ! »

Merci à vous d'avoir mis du piment dans ma vie, je ne me suis pas ennuyée une seconde avec vos côtés !

À mon Gaé d'amour,

Plus de trois années de bonheur avec toi, le temps passe vite. Merci pour ta patience, ton humour, ta réassurance et ton écoute, le destin nous a mis sur le même chemin... Et je suis certaine qu'il sera long !

À mes beaux-parents,

Merci de m'avoir accepté au sein de votre famille et m'avoir apporté votre soutien durant ces dernières années.

À mes amis,

À mon club des 5, Delphine, Florine, Typhaine, Aline,

Je vous remercie d'être à mes côtés malgré les années et la distance qui nous séparent. Des amitiés comme celles-là sont rares et j'espère vous garder auprès de moi pour longtemps !! Je viendrai vous voir plus souvent à Paris, c'est promis !

À mes autres copains de lycée, Marion & Marion,

Nous avons réussi à garder contact même si l'on ne se voit pas très souvent, on dit que passé 10 ans d'amitié, celle-ci deviennent éternelles, j'espère que l'adage est vrai.

À mes copains purpanais, Marion P. & Marion R., Florence, Camille L. & Camille N., Maelig, Alexis, Nathalie,

Merci pour ces fabuleuses années de faculté, pour toutes les soirées, le soutien mutuel, les rigolades et les week-ends. Les études sont vite passées à vos côtés. J'espère que nous aurons encore plein de choses à partager.

À mes copains rencontrés pendant l'internat,

Vous avez fait de ces années un moment inoubliable, à Caroline, Kévin, Marie, Rayan, Marie, Alice, Clara, et tous les autres, ces années d'internat étaient merveilleuses à vos côtés !

À ma Cassou d'amour,

Nous avons partagé tellement de bons moments, de fou-rires, de séances de sports, de soirées, tu as su illuminer ma vie de ta bonne humeur et je pense qu'on s'est bien trouvé ! Hâte de continuer le voyage ensemble !

A tous mes maitres de stage,

Merci pour votre bienveillance et votre pédagogie, j'ai adoré apprendre à vos côtés. Vous avez renforcé ma vocation à être médecin. À travers vos différentes pratiques, j'ai pu m'enrichir ma pratique et considérer la médecine sous différents angles.

À Eric Vergnes, et à Bertrand Castex, grâce à votre enseignement, vous avez renforcé ma vocation de médecin généraliste durant ce premier stage en médecine ambulatoire.

A Jordan Birebent, merci d'avoir fait grandir mes compétences en santé de la femme et de l'enfant, merci de m'avoir appris la rigueur et encore merci d'avoir pu te libérer pour assister à notre thèse.

À Santiago Garcia, merci pour ce premier stage de SASPAS, tu as su me guider dans mes premiers pas de médecin généraliste, merci pour ta pédagogie.

A Murielle Durand, à Bernard Borrut, à Carole Bauza et à Thierry Crespy, vous m'avez tous apporté quelque chose qui me servira dans mon exercice et vous m'avez appris à devenir plus autonome et à avoir plus de confiance en moi dans la pratique de la médecine générale, je vous en remercie.

À mes praticiens hospitaliers qui ont fait en sorte que les stages à l'hôpital se passent bien.

Et à tous ceux que je n'ai pas cité... Merci !

Remerciements personnels de Kévin

Merci à ma famille,

Merci **maman** pour ton soutien inconditionnel, ton écoute, tes conseils toujours pertinents et ton amour sans faille malgré nos petites querelles permanentes. « Qui aime bien, châtie bien » il paraît, non ?

A toi **papa**, parti trop tôt. Tu es à la fois loin aujourd'hui et pourtant tellement proche. J'espère que tu es fier de moi là où tu es. Merci pour toute l'énergie positive, le courage et l'abnégation que tu as su montrer, sans jamais perdre ton esprit épicurien, toujours souriant malgré l'adversité.

A **Mailys**, qui a su (ou dû ?) me supporter toutes ces années. Je suis fier de ce que tu es devenue et j'espère que tu seras heureuse dans la vie pleine de projets qui t'attend avec **Gaétan**, le marathonien du dimanche. Peut-être que je serai tonton prochainement, qui sait ?

A **Virginie**, la doudou, merci pour tes cadeaux d'anniversaire originaux que je n'ai parfois pas su apprécier à leur juste valeur. Merci à toi **Jos** pour ta bonne humeur, tes anecdotes en pagaille et tes aventures au volant de ton tétanos.

A **Dominique**, merci pour les parties de pêche, les matchs de rugby, les bouteilles de gnôle et les bons moments passés ensemble. Merci à toi et tatie **Cécile**, sans qui je n'aurais jamais pu arriver au bout de mon cursus.

A **Jean-Louis et Annie**, merci à vous deux et à toute la famille Bouchiche pour votre bienveillance, votre accueil et votre soutien. Je suis heureux de vous avoir avec moi aujourd'hui. Merci pour tous ces week-ends passés chez-vous, et merci Jean-Louis pour les cours de robotique dans votre ferme 2.0

Merci aux praticiens rencontrés tout le long de mon cursus,

A **Laurence Gillard**, merci pour ton humour, ton côté positif en toute circonstance et ton enthousiasme communicatifs. Merci d'avoir su me montrer une pratique de la médecine ambulatoire que je considère comme idéale et que, je l'espère, j'arriverai peut-être un jour à égaler.

A **Aurore Bissuel**, merci de ta bienveillance, ton sourire permanent, et la bonne humeur qui règne autour de toi. J'ai été heureux de partager ce semestre femme-enfant formateur à tes côtés. La rue peyrouset n'a pas beaucoup changé depuis ton époque !

Aux filles de Muret, merci à vous toutes pour votre accueil agréable et pour mon intégration rapide et sereine au sein de votre cabinet. J'espère que votre future MSP sera vite sur pied. J'espère **Sandrine** que tu arriveras à passer un été agréable entre deux assignations de garde, et que tu trouveras vite la maison de tes rêves. Merci **Hélène** pour ta bonne humeur et ton rire communicatif et bienvenue au petit Aubin. Merci **Mélanie** de ta gentillesse et ta disponibilité. Bon courage pour la suite de ta carrière qui ne fait que commencer mais semble partir sur les chapeaux de roue.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	3
1. Introduction	4
1.1. État des lieux de la surcharge pondérale	4
1.1.1. Dans le monde	4
1.1.2. En France	4
1.1.3. Au niveau régional et en Ariège :	5
1.2. Justification du sujet	5
2. Méthodologie	6
2.1. Population cible et recrutement	6
2.2. Justification du type d'étude choisi	7
2.3. Rôles des chercheurs	7
2.4. Éthique et confidentialité	7
2.5. Recueil des données	7
2.6. Analyse des données	8
3. Résultats	10
3.1. Population étudiée	10
3.2. Le vécu des parents	11
3.2.1. La représentation d'une pathologie chronique	11
3.2.1.1. La prise de conscience d'une pathologie.....	11
3.2.1.2. Une représentation parentale variable de l'étiologie de la surcharge pondérale ..	12
3.2.1.3. Les freins à la prise en charge	13
3.2.2. État des lieux des connaissances parentales	14
3.2.2.1. Une bonne connaissance des risques pour la santé de leurs enfants	14
3.2.2.2. Une connaissance plus superficielle de leurs besoins nutritionnels	15
3.2.2.3. Une connaissance de l'offre de soin local disponible variable.....	15
3.3. Les attentes des parents	16
3.3.1. Le recours à des professionnels paramédicaux	16
3.3.1.1. Un recours à une tierce personne parfois sollicité.....	16
3.3.1.2. Les diététiciens évoqués en premier lieu.....	16
3.3.1.3. Une place importante donnée à l'abord psychologique	16
3.3.1.4. Des coaches sportifs parfois évoqués.....	17
3.3.1.5. La place des infirmières Asalée.....	17
3.3.2. Le rôle du médecin généraliste	18
3.3.2.1. Un rôle préventif : dépister et alerter.....	18
3.3.2.2. L'importance d'une relation de confiance avec l'enfant.....	18
3.3.2.3. Une aide à la prise de conscience de l'enfant et des parents	19

3.3.2.4.	Un rôle de suivi de l'enfant	19
3.3.2.5.	Un rôle d'orientation vers les spécialistes	20
3.3.3.	Les attentes des parents vis-à-vis du milieu scolaire	20
3.3.3.1.	Une nécessaire modification de la restauration scolaire.....	20
3.3.3.2.	Des ateliers collectifs pour ne pas stigmatiser et être ludique	21
3.3.3.3.	L'apprentissage à des valeurs fortes.....	21
3.3.3.4.	Place de la médecine scolaire	22
3.3.4.	Une place des parents à définir	22
3.3.4.1.	Ils demandent à être mieux informés des compétences à acquérir pour être en situation d'aïdant	22
3.3.4.2.	Ils souhaitent des ateliers pour des compétences partagées	23
3.3.5.	La vision d'une prise en charge idéale.....	23
3.3.5.1.	Quelle fréquence et sur quelle durée ?	23
3.3.5.2.	Une prise en charge personnalisée globale.....	24
3.3.5.3.	L'intérêt des centres SSR discuté	24
4.	Discussion	26
4.1.	Forces de cette étude	26
4.1.1.	Un enjeu de santé publique	26
4.1.2.	Le choix de la méthode.....	26
4.2.	Limites	26
4.2.1.	Limites liées aux enquêteurs.....	26
4.2.2.	Limites liées au recrutement	26
4.3.	A propos des résultats	27
4.3.1.	L'annonce et le rôle du médecin généraliste	27
4.3.2.	La relation médecin-patient et l'ETP de l'enfant.....	28
4.3.3.	La place des parents	30
4.3.4.	Les réseaux.....	32
4.3.5.	Une participation possible de l'éducation nationale dans la boucle de prévention ?	35
5.	Conclusion.....	36
	ANNEXES	41

LISTE DES ABREVIATIONS

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

ASEI : Agir, Soigner, Éduquer, Insérer

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSO : Centre Spécialisé dans L'Obésité

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IDF : Ile de France

IMC : Indice de Masse Corporelle

IOTF : International Obesity Task Force

MSU : Maitre de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Plan National Nutrition Santé

RéPPOP : Réseau de Prise en charge et de Prévention de l'Obésité Pédiatrique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

1. Introduction

La surcharge pondérale, comprenant l'obésité et le surpoids, est une maladie chronique définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une accumulation de masse grasseuse représentant un risque pour la santé de l'individu. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50 % avant la puberté, et de 50 à 70 % après la puberté (1); cette pathologie doit donc être repérée précocement et surtout prise en charge le plus rapidement possible dans la vie du patient.

Outre le risque de sa poursuite à l'âge adulte, la surcharge pondérale peut avoir des conséquences sanitaires dès le plus jeune âge, avec des pathologies ostéoarticulaires (tibia vara et épiphysiolyse de hanche) mais aussi viscérales. On estime notamment par exemple qu'environ 5% des enfants développent un diabète de type 2 (ayant des complications plus précoces que lorsqu'apparu chez l'adulte) et 10% souffrent de stéatose hépatique (dont un quart évoluera ultérieurement vers une cirrhose) (2). Indépendamment du statut pondéral à l'âge adulte, une obésité avant la puberté augmente de façon statistiquement significative le risque de mortalité prématurée à l'âge adulte notamment par cancer du sein chez la femme adulte et par coronaropathie ischémique chez l'homme(2). La santé mentale des enfants obèses n'est pas épargnée non plus chez qui la dépression et les troubles du comportement alimentaires à type d'hyperphagie sont plus fréquents(3).

1.1. État des lieux de la surcharge pondérale

1.1.1. Dans le monde

La prévalence du surpoids et de l'obésité est en constante augmentation dans le monde entier, notamment dans les pays en voie de développement. Le nombre de cas mondiaux d'obésité et de surpoids chez les enfants et adolescents âgés de 5 à 19 ans est passé d'environ 4% en 1975 à 18% en 2016, indépendamment du sexe (18% des filles et 19% des garçons).(4) En valeur absolue, cela représente plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans en surpoids ou obèses dans le monde en 2016 (5).

1.1.2. En France

En France, les chiffres semblent se stabiliser au fil des années, puisque la prévalence de la surcharge pondérale des enfants de 6 à 17 ans s'élevait à 17% en 2015 chez les garçons et 18% chez les filles (6); chiffres identiques à l'étude de 2006 (étude ENNS). La proportion de patients obèse parmi cette catégorie est, elle aussi, stable avec 3,3% d'obésité en 2006 et 3,9% de cas d'obésité en 2015 tout sexe confondu.

1.1.3. Au niveau régional et en Ariège :

Les chiffres concernant la population de la région Occitanie ouest, ex-Midi-Pyrénées, sont concordants avec la moyenne nationale puisqu'on retrouve parmi les enfants rentrant en classe de 6ème 16,3% de surcharge pondérale dont 2,7% d'enfants obèses en moyenne. L'Ariège est supérieure à la moyenne régionale avec respectivement 21,4% de surcharge pondérale dont 3,7% d'obésité pour la même population d'étude.(7)

1.2. Justification du sujet

L'obésité infantile est une pathologie chronique courante dans la pratique quotidienne, de prise en charge bien souvent délicate avec des résultats aléatoires. Des études randomisées, après interventions sur le style de vie des enfants sur une durée de suivi de 12 mois, montrent en effet de très faibles résultats sur l'indice de masse corporelle (IMC) : une baisse de l'IMC de 0,14 déviation standard (DS) chez les adolescents, et de 0,04 DS chez les enfants de moins de 12 ans(8).

L'objectif de ce travail de recherche qualitative était de connaître le vécu et les attentes des parents d'enfants en surcharge pondérale, afin de comprendre ce qu'ils attendaient de la prise en charge générale et notamment savoir la place que devait remplir le médecin généraliste dans celle-ci, afin de trouver des pistes d'amélioration. Nous souhaitions entre-autre essayer de repérer les freins à une prise en charge optimale de cette pathologie et évaluer les connaissances des parents sur les moyens de prise en charge déjà existants.

Le département de l'Ariège a été choisi comme lieu d'étude en raison de sa plus forte prévalence de patients en surcharge pondérale.

Il y a eu 2 thèses sur le même sujet récemment :

- Celle de Lucie Cavailles en région Rhône-Alpes en 2018(9) qui a mis en lumière le rôle important de l'entourage de l'enfant, pouvant influencer la prise en charge de façon néfaste comme bénéfique, et l'importance d'une relation de confiance entre médecin et patient pour l'alliance thérapeutique.

- Celle de Marine LE POMMELET (10) menée en Ille-et-Vilaine avec des parents d'enfants de 6 à 9 ans, qui a remis en question les capacités du médecin traitant à mener à bien seul cette prise en charge, sans une formation complémentaire et un réseau de soin pour être épaulé.

Il n'y a pas eu de thèse semblable faite en Midi-Pyrénées.

2. Méthodologie

2.1. Population cible et recrutement

La population cible était des patients habitants en Ariège, parents d'enfants dont l'IMC était supérieur à l'IOT-F 25, âgés de 5 ans à 16 ans et 11 mois inclus. Les critères d'exclusion étaient les obésités secondaires comme un syndrome de cushing, un syndrome de Prader-Willi, une hypothyroïdie sévère ou une obésité génétique(11). Cet intervalle d'âge a été choisi car c'est une étape où les parents ont une influence importante dans la vie quotidienne de leurs enfants en termes d'hygiène de vie et d'éducation à la santé. Ils sont notamment à cette époque les décideurs principaux de l'alimentation de l'enfant et « c'est en famille que l'enfant apprend à manger, en imitation du modèle parental » (12) (13) (14). Ensuite, l'enfant partira « à la recherche d'une identité et d'une appartenance à un groupe », cherchant à « s'autonomiser en s'opposant à ses parents, y compris dans son comportement alimentaire »(14). L'influence des parents peut alors être amoindrie, plus particulièrement encore au cours des études secondaires, pendant lesquelles l'enfant va souvent quitter davantage le cocon familial. Cinq ans a été choisi comme âge minimal car c'est l'âge où on peut commencer parfois à avoir le recul suffisant pour parler de surpoids ou d'obésité de l'enfant, via la mise en évidence d'un rebond d'adiposité précoce par exemple.

Dans un but d'avoir une représentativité la plus fiable possible de notre population d'étude, à savoir la population générale ariégeoise, et afin de ne pas sélectionner uniquement des parents inquiets par le surpoids de leur enfant ou bien uniquement des parents d'enfants ayant une obésité morbide, il a été choisi de ne pas passer par le biais de professionnels de santé spécialisé en nutrition mais plutôt de se concentrer sur les médecins généralistes ariégeois.

Un premier mail a été envoyé début octobre 2020 aux 35 médecins généralistes maitres de stage universitaire (MSU) du département, comprenant d'une part une justification de l'étude avec un tableau leur permettant de remplir les coordonnées des parents à qui ils avaient parlé de l'étude et qui se montraient intéressés, et d'autre part une fiche descriptive à destination des patients (annexe N°1). L'un des deux chercheurs remplaçant en Ariège, trois médecins généralistes supplémentaires non MSU ont pu être contactés « de vive voix ».

Il a été effectué une méthode d'échantillonnage par participation volontaire. Au cours de leurs consultations, les médecins traitants parlaient de l'étude aux parents correspondant aux critères d'inclusion et en cas d'accord de ces derniers, notaient leurs coordonnées téléphoniques dans le tableau envoyé par mail. Les participants étaient alors contactés

secondairement par téléphone pour s'assurer de leur consentement, leur décrire plus précisément le but de la démarche et les modalités de leur participation.

2.2. Justification du type d'étude choisi

L'étude qualitative a semblé la plus adéquate pour tenter de comprendre pour répondre à notre question de recherche. L'objet d'étude pouvant représenter un sujet sensible pour certains parents, les entretiens semi-dirigés ont été préférés aux focus groupe afin de créer une relation de confiance et libérer la parole, qui pourrait être davantage bridée en public.

2.3. Rôles des chercheurs

Les entretiens et leur analyse ont été réalisés par deux chercheurs (Marie-Josèphe VANRYSSEL et Kévin CHASTEL), alors internes en médecine générale. Préalablement à cette étape, chacun a réalisé indépendamment une étape de réflexivité, permettant de conserver une objectivité suffisante.

Les chercheurs n'avaient jamais pris part à la prise en charge médicale des participants afin de limiter les biais liés au statut de l'enquêteur.

2.4. Éthique et confidentialité

Le projet de cette étude a été soumis individuellement et validé par la CNIL le 20/05/2020 (annexe N°2) et une demande de validation auprès du DUMG a été réalisé par le biais d'un mail complémentaire d'information envoyé au Pr Boyer Pierre, qui a donné son accord par retour de mail le 23/07/2020.

Avant chaque entretien, un mail d'information avec une description de l'étude était envoyé aux parents. L'entretien débutait par une présentation rapide du sujet et des objectifs du travail. Il était systématiquement demandé aux parents l'autorisation d'enregistrement et garanti que l'ensemble des données serait anonymisé puis détruit en fin de recherche.

2.5. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par le biais d'entretiens individuels à l'aide d'un guide d'entretien.

Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été rédigé à partir de recherches bibliographiques effectuées sur des bases de données et des moteurs de recherche francophones et anglo-saxons tels que

PubMed, Sudoc, E.M.Premium, Google Scholar, ou encore la revue du Praticien. Des documents de la bibliothèque universitaire de médecine, tels que des anciennes thèses, ont été utilisés. Des renseignements méthodologiques ont été trouvés sur le site internet du DUMG de Toulouse, via la consultation d'ateliers d'aide à la réalisation de thèses qualitatives, disponibles en ligne.

Une première version du guide, en annexe N°3, a été élaborée par les deux chercheurs en juillet 2020, en essayant de répondre le plus possible aux objectifs. Elle a été soumise à la validation de la directrice de thèse, le Dr Odile Bourgeois, début septembre 2020. Ceci a abouti à plusieurs modifications, en supprimant notamment les questions à réponses fermées. Les entretiens ont été débutés mi-octobre 2020 et le guide d'entretien a été enrichi au fur et à mesure des entrevues avec les parents pour arriver à la version finale en annexe N°4.

Ce guide s'articulait en 3 parties :

- Le vécu des parents par rapport à leur représentation du surpoids, des causes de ce surpoids et de leurs connaissances des risques
- La connaissance du réseau de soins en Ariège
- La vision d'une prise en charge idéale et le rôle du médecin généraliste

Les entretiens

Au vu du contexte sanitaire actuel de pandémie de coronavirus limitant les contacts individuels, la majorité des entretiens s'est déroulée en distanciel en présence des deux chercheurs, via la plateforme de visioconférences ZOOM. Les entretiens ont été enregistrés via cette plateforme, permettant de revoir la dimension non verbale. Parfois l'entretien a été mené par un seul chercheur par manque de disponibilité du second.

Certains entretiens ont été faits en présentiel à la demande des parents, par seulement l'une des deux chercheurs, avec enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone ; Entretiens alors réalisés au cabinet du médecin traitant du parent, ou bien directement au domicile des parents.

2.6. Analyse des données

A. Retranscription du discours

La retranscription était réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Word dans les jours qui suivaient les entretiens par les 2 chercheurs de manière équitable, afin d'obtenir le « verbatim ». Les éléments de la dimension non verbale comme les rires, les mimiques, les

expressions faciales, étaient rapportés entre parenthèse. Un extrait d'entretien est disponible en annexe N°5. L'intégralité des verbatims est également à disposition séparément.

B. L'analyse thématique

L'analyse, réalisée pour chaque entretien dans les semaines qui suivaient la retranscription, a été pratiquée à l'aide d'un tableau Excel. L'entretien était relu une première fois de façon globale pour s'imprégner du ressenti des patients, puis le discours était découpé en fonction des idées qu'il contenait en unités de sens qui se voyaient attribuer un code. Plusieurs codes étaient ensuite regroupés en catégories et des ces catégories ont émergé des thèmes. Après chaque entretien, les chercheurs discutaient du ressenti, des grands thèmes qui en étaient ressortis de l'entretien et l'un d'entre eux écrivait le contexte d'énonciation.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données théoriques, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'émerge plus de nouvelle catégorie.

Un travail de triangulation a été réalisé afin de renforcer la validité interne de l'étude :

- Triangulation des chercheurs : l'analyse thématique transversale décrite ci-dessus était pratiquée individuellement par les 2 chercheurs dans les semaines suivant chaque entretien. Secondairement a eu lieu la mise en commun des résultats respectifs avec la confrontation des catégories et des thèmes, en mars 2021.

- Triangulation des données : un va et vient régulier entre l'analyse du discours, le guide d'entretien et les données de la littérature a été réalisé, permettant d'adapter le guide d'entretien au fur et à mesure de l'avancement.

3. Résultats

3.1. Population étudiée

Dix entretiens ont été réalisés du 21 octobre 2020 au 31 Mars 2021. Leur durée moyenne était de 35 minutes, allant d'environ 25 minutes pour le plus court à 1 heure 12 minutes pour le plus long. Les deux derniers entretiens ont permis de vérifier la saturation des données.

Trois entretiens ont été réalisés en présentiel : deux au cabinet du médecin traitant (entretiens 1 et 6) et un au domicile des parents (entretien 4). Une entrevue a été faite en présence des deux parents ; les neuf autres n'ont concerné que les mères des enfants. L'enfant était présent avec ses parents uniquement lors des entretiens 4 et 7.

La moyenne d'âge des participants était de 42,5 ans. La majorité des entretiens faisait intervenir un seul des deux parents, majoritairement les mères. (cf le tableau d'étude de la population en annexe N°6). La plupart des parents était issue d'un milieu rural (huit participants sur les dix). Parmi les parents interrogés, trois couples étaient séparés et les sept autres vivaient ensemble. Six familles comprenaient au moins l'un des deux parents en situation de surpoids ou d'obésité. Sur les dix enfants, âgés de 6 ans et demi à 15 ans, la moitié était en surpoids et autant en situation d'obésité ; il y avait autant de filles que de garçons. Les caractéristiques des participant(e)s et des familles sont détaillées sous forme de tableaux en annexe N°6 et N°7.

Quinze familles ont initialement été recrutées par les médecins traitants ariégeois. Il y a eu secondairement cinq participants exclus, pour des motifs divers : manque de temps pour participer à l'entretien, indisponibilité d'une connexion internet fiable, rétractation après réflexion ou encore impossibilité de les contacter par téléphone.

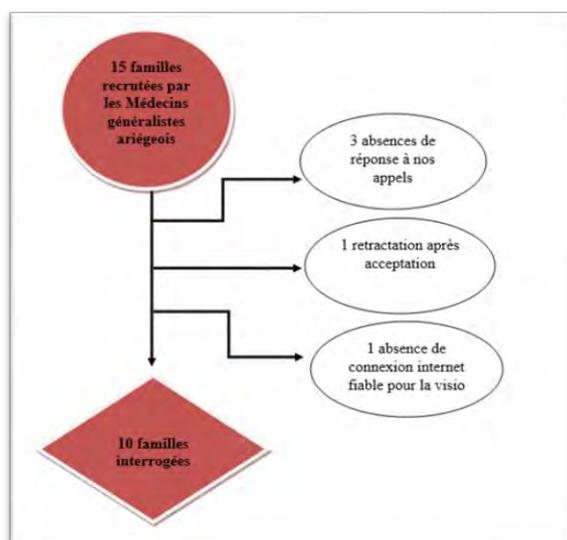


Diagramme de flux de la population recrutée lors de l'étude :

3.2. Le vécu des parents

3.2.1. La représentation d'une pathologie chronique

3.2.1.1. La prise de conscience d'une pathologie

La prise de conscience par les parents du surpoids de leur enfant a fait suite à l'annonce par des professionnels de santé dans sept des dix entretiens. Plusieurs intervenants médicaux ou paramédicaux ont été identifiés : infirmières scolaires, médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI), médecins traitants des enfants, voire certains médecins spécialistes d'organe (neurologue pour l'entretien 2). Ce processus d'acceptation a bien souvent été compliqué et fait en plusieurs étapes. L'accueil de l'annonce a suscité un mélange de culpabilité, de colère et de déni. L'emploi du mot obésité a parfois pu heurter leur sensibilité et les mettre sur la défensive.

La prise de conscience par les parents du surpoids de leur enfant a fait suite à l'annonce par des professionnels de santé dans sept des dix entretiens. Plusieurs intervenants médicaux ou paramédicaux ont été identifiés : infirmières scolaires, médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI), médecins traitants des enfants, voire certains médecins spécialistes d'organe (neurologue pour l'entretien 2). Ce processus d'acceptation a bien souvent été compliqué et fait en plusieurs étapes. L'accueil de l'annonce a suscité un mélange de culpabilité, de colère et de déni. L'emploi du mot obésité a parfois pu heurter leur sensibilité et les mettre sur la défensive.

« Je ne l'ai pas pris super au sérieux » (E1). « L'infirmière scolaire en a pris pour son grade, elle a dit que mon fils était obèse. Je me suis dit : Mince ! Non il n'est pas en surpoids, c'est sa morphologie, vous le laissez tranquille ! » (E2). « Ça fait un peu mal sur le coup » (E10).

L'annonce a tout de même été décrite comme essentielle pour les trois familles qui ne l'ont pas eue, et ont émis des regrets au cours des entretiens. Dans ces trois situations, le médecin traitant de l'enfant leur a semblé ne pas se préoccuper du poids ou bien faire preuve d'attentisme, minimisant voire éludant le problème lorsqu'eux en parlaient, les laissant face à leurs interrogations. Ils reprochaient à cette attitude expectative d'engendrer un retard dans leur prise de conscience et dans leur adhésion à la prise en charge de l'enfant.

« Alors euh le médecin généraliste, depuis le début il ne nous a jamais rien dit par rapport à ça... Même nous, quand on lui disait «il est trop gros », il nous disait « laissez-le, temps qu'il fait le sport ! » » (E5). « J'ai un petit reproche concernant ma fille sur le fait qu'on ne m'ait pas alerté plus par exemple. » (E7). Parce que le médecin traitant même quand je parle, j'ai l'impression qu'il ne m'écoute pas vraiment. (E6)

Le médecin traitant de l'enfant est apparu comme le dépositaire de cette annonce aux yeux de certains parents, au nom de la relation médecin-patient.

« Après je le prendrais mal si c'était quelqu'un de l'extérieur qui me disait : « ah tu es grosse !! Oh elle est grosse ! » » (E6)

3.2.1.2. Une représentation parentale variable de l'étiologie de la surcharge pondérale

Les parents interrogés au sujet de leur perception de la corpulence de leur enfant avaient globalement tous un constat assez dur au premier abord, à priori sans appel.

« Mon fils est gros, ça je le sais ! » (E5).

Mais arrivait ensuite une minimisation voire un déni de la surcharge pondérale, avec l'emploi bien souvent du terme de surpoids quel que soit le statut nutritionnel. Plusieurs entretiens ont fait référence à une morphologie « préétablie ». Une part génétique, héréditaire était assez fréquemment évoquée, avec un certain fatalisme.

« Non, mais elle n'est pas obèse, elle est en surpoids, c'est différent [...] Elle est pas du tout obèse notre fille... Pas du tout » (E4). « Moi, j'ai 2 enfants qui sont comme ça, mon fils est comme ça aussi. On sent qu'il y a des os quoi, ça pèse » (E3). « C'est sa morphologie ; le papa est tahitien et les tahitiens sont quand même assez trapus...Je dirais, je pense que c'est morphologique » (E10).

Certains parents laissaient sous-entendre une potentielle surcharge pondérale secondaire à une pathologie médicale.

« Je me suis posé la question, c'est peut-être bête, mais c'est peut-être aussi une question d'hormones » (E7)

L'attrait pour la nourriture des enfants ou d'autres membres de la famille a été évoquée et souvent associé à une image épicurienne et rassurante de la vie, décrit en des termes positifs.

« Un enfant qui mange dans la famille, c'est bien vu » (E1). « Elle a juste de la joie de vivre, elle aime manger...mais un peu trop ! rires » (E7)

Par ailleurs, Il est ressorti parfois une certaine asymétrie du constat parental, avec seulement l'un des deux parents qui se rendait compte de la problématique du poids pendant que l'autre persistait dans une forme de déni, généralement par analogie avec sa propre enfance, pouvant ralentir la prise en charge.

« Mon mari [...] fût une période où il n'en avait pas vraiment conscience étant donné que lui, jeune, il était un peu plus rond » (E1).

3.2.1.3. Les freins à la prise en charge

Lors des entretiens, les parents ont exprimé certaines difficultés pouvant limiter leur adhésion au projet de contrôle du poids de leurs enfants.

Certains interrogatoires de parents ont mis en lumière l'impact des problèmes relationnels au sein du duo parental comme un frein à la prise en charge. Cela était surtout exprimé par les couples séparés, où les enfants se retrouvaient parfois face à des discours diamétralement opposés d'une semaine à l'autre, au grès des gardes alternées.

« Et j'avais demandé à ma belle-fille de marquer tout ce qu'elle mangeait quand elle était chez sa mère, et elle a mangé 9 mars dans une journée... Elle s'en fiche complètement, et j'ai déjà essayé de lui expliquer au téléphone que c'était pour le bien de sa fille, mais elle s'en fiche. » (E10)

Un sujet est souvent revenu, celui du temps. Un manque de temps d'une part pour cuisiner de façon plus équilibrée, mais surtout du temps pour faire faire davantage de sport et d'activités physiques à leurs enfants. Ce manque de temps était tout de même rapidement nuancé par la problématique de leur motivation à en trouver.

« Après il y a aussi une réalité autre, c'est qu'on est une société où tout va vite et où on travaille tous, et faire la cuisine c'est aussi du temps euh ... donc c'est une organisation, voilà !! » (E3) « Le temps il va falloir le prendre, c'est une obligation ! Je vais m'obliger à faire du sport aussi !! Rires » (E5)

La motivation de l'enfant et sa prise de conscience personnelle du problème a été souvent vécue comme un frein, ne le rendant pas acteur de la prise en charge ; cela étant d'autant plus ressorti pour les parents des enfants les plus âgés de notre échantillon, en période de puberté et de rébellion.

« C'est souvent l'enfant qui décide et quand l'enfant ne veut pas ce n'est pas la peine ! » (E1)
« Son père a essayé de le prendre en main, de lui faire faire du sport, mais c'est mort on a un ado qui se rebelle ... » (E2). « Pour moi, si l'enfant n'a pas le déclic... On a essayé des régimes, c'est suivi 8 jours et puis après euh... moi pour moi, c'est dans la tête ! » (E8)

Quelques parents ont parlé, de façon directe ou indirecte, d'une certaine crainte d'engendrer des troubles du comportement alimentaire en imposant un trop grand contrôle des ingestats de leurs enfants. Cette crainte se faisait surtout ressentir à la période de l'adolescence.

« Il faut les accompagner mais pas leur mettre la pression non plus car chez les filles il peut après y avoir une tendance à se focaliser beaucoup trop sur le corps » (E3)

« Donc j'essaie de lui apprendre, mais je n'ai pas envie non plus de lui créer un souci qu'il n'a pas, un complexe qu'il n'a pas. » (E5)

Les situations pouvant générer de l'anxiété, du stress et de l'ennui chez l'enfant ont été incriminées, de façon plus ou moins explicite selon les familles, comme vecteurs de troubles alimentaires compulsifs difficilement surmontables par les personnes interrogées.

« Elle s'ennuyait et donc elle mangeait, elle mangeait tout ce qu'elle trouvait ... parce que quand tu as mangé 2 bananes, tu es calé : la 3^{ème}, c'est de l'ennui ! » (E4)

Certains parents ont pointé du doigt un manque d'infrastructures et de réseau associatif à proximité pour la pratique du sport, en particulier pour le sport féminin.

« S'il y avait des structures simples et accessibles à côté il pourrait nous aiguiller dessus mais comme il n'y a pas grand-chose en Ariège et en France en générale, c'est compliqué. » (E9)

Par exemple l'année dernière elle a fait du tennis, mais elle était la seule fille du club, donc ça n'encourage pas ! » (E7)

La question financière a été évoquée comme une limite dans certaines familles. Elles mettaient en exergue une conciliation difficile notamment entre alimentation saine et équilibrée et budget limité.

« Il y a des fois où on fait moins attention parce que c'est par rapport au budget et ce qu'il nous reste à manger... pour pouvoir acheter plus facilement des légumes, des fruits, il faudrait que j'arrive à avoir un travail mais avec la crise sanitaire c'est compliqué » (E6)

3.2.2. État des lieux des connaissances parentales

3.2.2.1. Une bonne connaissance des risques pour la santé de leurs enfants

La totalité des parents interrogés a spontanément évoqué le diabète et les dyslipidémies comme une conséquence directe de la surcharge pondérale sur le long terme. A court et moyen terme étaient évoquées les pathologies articulaires et l'arthrose. La dyspnée d'effort était parfois associée.

Je pense au diabète par exemple. On en parle beaucoup ces temps-ci, car il y a beaucoup de jeunes chez qui une fois arrivés à l'âge adulte on détecte un diabète ! Et puis, le cardio aussi ! (E7)

Le regard des autres et l'obligation de norme a été un sujet récurrent. Ceci pouvant gêner l'obtention d'une bonne estime de soi nécessaire à la motivation et pouvant induire des troubles anxieux ou dépressifs.

« Oui, cela m'inquiète pour sa santé émotionnelle aussi. Par rapport au rapport à l'autre, quand elle va être au collège ... Les enfants, ils ne se loupent pas, ils sont cruels donc voilà »
(E4)

3.2.2.2. Une connaissance plus superficielle de leurs besoins nutritionnels

Les parents étaient peu confiants concernant leur expertise en matière de nutrition. Même s'ils disaient paradoxalement pratiquement tous avoir une alimentation qualitativement correcte dans un premier temps, la plupart exprimait par la suite avoir des difficultés sur les connaissances de l'équilibre alimentaire, des besoins nutritionnels en fonction de l'âge et de l'activité physique. La confection de repas équilibrés au quotidien semblait être un vrai problème pour certains.

« Sinon je lui dis de manger un yaourt. Mais ça je ne sais pas si c'est bien ou pas en fait ! Nous, on veut bien faire, mais on doit certainement faire des erreurs » (E5)

« Enfin, pour moi ce n'est pas trop ma faute non plus, parce que je n'ai pas été habituée par rapport à l'alimentation. Je n'ai jamais trop su comment il fallait faire. » (E6)

3.2.2.3. Une connaissance de l'offre de soin local disponible variable

Lorsqu'ils étaient interrogés sur les professionnels disponibles, les parents savaient énoncer spontanément de façon générale ceux qui semblaient utiles selon eux (cf ci-dessous la partie sur les « attentes des parents »). La question de l'existence de tels professionnels dans leur proximité était plus confuse, et le recours à ces personnes-ressources se faisait essentiellement par le bouche-à-oreille, via des collègues de travail ou encore des amis.

« Moi je suis dans le milieu et il y a une diététicienne qui est tous les vendredis au travail avec nous donc si j'ai des questions à poser je peux me retourner vers elle, c'est ma collègue » (E2)

« Les nutritionnistes, je ne sais même pas s'il y en a une maintenant sur la ville ou pas »
(E1)

3.3. Les attentes des parents

3.3.1. Le recours à des professionnels paramédicaux

3.3.1.1. Un recours à une tierce personne parfois sollicité

Les parents d'enfants en âge péri pubertaire étaient assez demandeurs d'aide extérieure, et ne se sentaient pas capables de pouvoir gérer seuls ce problème de poids, surajouté à des relations parfois compliquées avec leurs enfants.

« Là maintenant je dirais plus un professionnel ; quelqu'un qu'elle ne connaît pas ! Moi elle me connaît, elle connaît mes faiblesses, elle sait y faire ! rires » (E7)

« Si le problème venait à arriver, il aurait besoin qu'une personne autre que son entourage lui parle, parce que déjà il entendrait mieux, et l'oriente : une personne qui dise autant à nous qu'à lui les étapes et ce qu'il faut faire pour pouvoir le mettre en place ensuite à la maison. » (E2)

3.3.1.2. Les diététiciens évoqués en premier lieu

Les diététiciens et les nutritionnistes ont largement été plébiscités par les parents. Dans les faits, peu de parents avaient eu recours à des diététiciens au moment de l'entretien : seuls quatre parents sur dix avaient fait la démarche de consulter un spécialiste en nutrition pour leurs enfants.

« Oui on avait vu, enfin mon mari avait vu une diététicienne dont je ne me rappelle plus son nom. J'avais hésité à y amener mon fils, parce qu'il ne voulait pas au début donc je ne l'avais pas fait, mais maintenant il n'est pas contre ! » (E5)

Le suivi pour certains parents pouvait se révéler frustrant car l'évolution sur la perte de poids n'était pas assez rapide selon eux. Ce manque de résultat pouvait amener les parents et les enfants à se décourager.

« On a fait appel à un nutritionniste sur 6 mois et on n'a vu aucun résultat ! Ma fille a perdu à peine 1 kg alors que pourtant elle a fait de nombreux efforts alimentaires. » (E7)

3.3.1.3. Une place importante donnée à l'abord psychologique

La moitié des parents a abordé le recours au psychologue ou au pédopsychiatre pour travailler sur un éventuel mal-être à l'origine de la prise de poids de l'enfant. La solitude et l'ennui ont été largement évoqués comme potentielle source de troubles du comportement alimentaire. Sur ces cinq parents en question, trois avaient déjà eu recours à un psychologue pour leur enfant, surtout dans la période de l'adolescence ou lors d'une séparation parentale.

« Et parce qu'il rentre dans une période un peu particulière eu niveau de l'adolescence et un pédopsychiatre ça ne peut pas faire de mal non plus. Au moins, ils peuvent se décharger de toute leur émotion. » (E1)

« Alors ca a commencé parce qu'elle a été élevée seule et elle s'ennuyait et donc elle mangeait, elle mangeait tout ce qu'elle trouvait [...] parce que quand t'as mangé 2 bananes, tu es calé... Enfin la 3ème c'est l'ennui ! » (E4)

Le passage par un pédopsychiatre était aussi cité par les parents pour déclencher une prise conscience et rendre l'enfant plus autonome et acteur dans sa prise en charge.

« Une pédopsychiatre peut être, pour mettre un déclic dans sa tête » (E7)

A contrario, certains parents ne voyaient pas l'utilité d'y avoir recours car leur enfant leur paraissait en bonne santé mentale. Pour eux, ce n'était pas un problème psychologique.

« Oui pour moi c'est le principal acteur, c'est plus un problème de comportement alimentaire que de vrai problème psy... Dans son comportement je n'ai pas l'impression que c'est un gamin en souffrance, qui ait un mal-être : tout va bien ! » (E5)

3.3.1.4. Des coachs sportifs parfois évoqués

L'ensemble des parents s'accordaient sur l'importance d'une activité physique régulière et le recours à un coach sportif personnel a été évoqué à deux reprises.

« Et puis après surtout le faire bouger quoi ! Comme un coach qui le ferait bouger avec un suivi, quelqu'un qui le tienne quoi, parce que dès qu'on lâche c'est fini quoi ! De lui-même, il ne le fera pas. » (E8)

3.3.1.5. La place des infirmières Asalée

L'intervention des infirmières du dispositif d'action en santé libérale en équipe (Asalée) dans la prise en charge de l'obésité infantile a été perçue comme outil de reprise en main de l'alimentation familiale.

« Non, moi je n'ai fait appel qu'à l'ide Asalée qui s'occupe de l'alimentation pour apprendre à manger sainement, et le rééquilibrage alimentaire. Et si vraiment ça ne marche pas, je pense que oui, je ferai appel à un nutritionniste. » (E6)

3.3.2. Le rôle du médecin généraliste

3.3.2.1. Un rôle préventif : dépister et alerter

La plupart des parents attendait de leur médecin généraliste qu'il joue un rôle de prévention, de conseil et d'éducation à la santé, notamment nutritionnelle.

« Je pense que oui c'est aiguiller, c'est donner aux parents des clefs de lecture s'ils ne les ont pas. Pour moi le rôle d'un généraliste est d'être dans le conseil... et dans de l'anticipation. » (E3)

« Déjà la prévention, surtout quand il voit qu'il y a un souci ou qu'il pourrait y en avoir un, en parler avec les parents. » (E4)

Ils disaient attendre que le généraliste surveille régulièrement l'IMC de leur enfant et les avertisse sans délai en cas de détection de surpoids ou d'obésité, jouant un rôle préventif. Ils souhaitaient que leur médecin réalise l'annonce de cette surcharge pondérale spontanément.

« Beh, il ne le voit pas très souvent, mais à chaque qu'il le voit il le pèse et le mesure et lui en parle un peu, je trouve que c'est bien » (E9)

« Quand il commence à voir parce que... Ne pas attendre parce que ou les parents ils n'osent pas le dire parce qu'il se sentent responsables ou ils n'en sont pas conscients » (mère E4)

Les parents étaient aussi conscients qu'annoncer le surpoids ou l'obésité d'un enfant pouvait se révéler difficile pour le praticien.

« Bon je pense que c'est un sujet délicat, parce qu'il y en a qui se vexent vite, et ça pourrait vexer mais je pense quand même juste voilà à titre indicatif, surveiller un peu plus le poids quand on y va et l'IMC peut être un peu plus et quand il décèle quelque chose, c'est important de le dire aux parents ! » (E4)

3.3.2.2. L'importance d'une relation de confiance avec l'enfant

Pour les parents, le praticien devrait lier avec l'enfant une relation de confiance pour qu'il y ait une alliance thérapeutique. Pour certains, le médecin généraliste représentait la personne légitime pour prendre en charge leur enfant.

« La relation qu'ils ont tous les 2, ils se connaissent depuis toujours, normalement c'est le médecin traitant. » (E1)

« Il y a des gens qui ne supporteront pas qu'on aborde ce problème-là comme ça, donc ça c'est une question de bon sens et de relation de confiance de savoir à quel tempo. Cela appartient au médecin ça. » (E3)

Les parents attendaient du médecin qu'il soit un soutien pour leur enfant et qu'il pratique le renforcement positif.

« La dernière fois, il était content qu'on vienne exprès pour en discuter. Le médecin lui a dit « tu fais des efforts, c'est bien, tu reviens, on refait le point, etc.. » Je pense que ce système-là lui va bien ! Ça va l'obliger à faire des efforts aussi ! » (E5)

Un parent a insisté sur l'importance de bonnes compétences de communication de la part du médecin, afin de ne pas heurter son jeune public parfois fragile.

« Ça, je ne sais pas trop parce que ça dépend pour qui et ça dépend la façon de le dire. Après ma fille, déjà elle n'est pas bien moralement, c'est vrai qu'il y a une façon de dire les choses. Parce que même moi en étant sa maman, parfois c'est compliqué !! (rires) » (E6)

3.3.2.3. Une aide à la prise de conscience de l'enfant et des parents

Neuf parents sur les dix interrogés s'accordaient à dire que le généraliste devait s'adresser à l'enfant directement pour inciter à une prise de conscience.

« Pour mon fils, ce serait bien pour lui qu'il l'entende, ça ne me choque pas qu'elle en parle à chaque fois. Ça peut l'aider parce que lorsque ça vient de la bouche d'un médecin ou d'une personne extérieure à nous, il l'entend. Sinon il se sent frustré et il croit que c'est nous, que c'est une punition ou que l'on est les méchants dans l'histoire. » (E2)

Parfois certains parents voulaient que le médecin utilise la peur pour provoquer une prise de conscience et une remise en question.

« Faudrait peut-être prendre le gamin entre 4 yeux et lui dire, je te prends rendez-vous, c'est pour ta santé maintenant il faut... Tu vas aller voir... et peut-être lui faire peur en disant si tu ne fais pas ça, tu vas aller dans un centre » (E8)

Quelle que soit la méthode de communication, tous les parents s'accordaient à dire qu'il fallait une prise de conscience et une participation active de l'enfant pour une prise en charge réussie.

3.3.2.4. Un rôle de suivi de l'enfant

Certains parents souhaitaient que le médecin traitant soit le professionnel de référence dans la prise en charge de la surcharge pondérale de leur enfant.

« On a choisi un suivi que par le médecin généraliste, mais s'il se rend compte qu'à un moment donné on n'est pas à la hauteur pour mon fils, qu'il faut qu'on fasse autre chose, ou

qu'on ... Moi je suivrai ce qu'il me dira de faire quoi ! Je veux qu'il soit le guide pour mon fils quoi ! » (E5)

Ils attendaient que le médecin traitant ait une attitude active et prenne l'initiative si nécessaire de reconvoquer et d'assurer un suivi régulier.

« Je crois qu'une fois le médecin l'avait reconvoqué pour le poids, après un mois à faire attention, et j'avais trouvé ça bien. Quand ça sort des normes, mettre ça en place, essayer de faire attention et stabiliser, je trouve ça bien. » (E9)

Quelques parents ont évoqué la possible difficulté des médecins généralistes à assumer tous ces rôles. Ils considéraient que le médecin généraliste n'avait pas forcément la formation ni le temps nécessaire pour suivre des enfants en surpoids mais plutôt qu'il avait une obligation de prévention et d'adressage.

« Je ne sais pas, ce n'est déjà pas évident d'être médecin, je suis dans le milieu médical donc je sais que ce n'est pas évident, ils ont déjà tellement de rôle à tenir. » (E1)

3.3.2.5. Un rôle d'orientation vers les spécialistes

Les parents désiraient du médecin qu'il puisse les orienter vers des spécialistes quand il le jugeait nécessaire. Ils demandaient également au médecin de leur donner les clés pour une meilleure prise en charge. Ils attendent du médecin qu'il soit coordonnateur du parcours de santé de leur enfant

« Je crois que la clef d'entrée est médicale, que c'est au médecin d'orienter. » (E2)

« On n'est pas forcément objectifs en tant que parents, on en a conscience déjà mais, si vraiment le docteur me dit « là c'est trop ! Il faut faire quelque chose d'autre, je vous propose autre chose » il n'y a pas de souci, je le ferai pour le bien de mon fils. » (E5)

3.3.3. Les attentes des parents vis-à-vis du milieu scolaire

3.3.3.1. Une nécessaire modification de la restauration scolaire

Lorsque nous avons abordé le domaine de l'éducation nationale, les parents ont immédiatement soulevé le problème de la restauration scolaire depuis la petite enfance. Pour beaucoup, la cantine scolaire devrait être réformée pour proposer des plats plus équilibrés, avec un meilleur contrôle des quantités et des menus composés par les adolescents, notamment en self-service.

« D'ailleurs c'est pour ça que souvent, il est arrivé qu'il arrêta de manger à la cantine, il mangeait plus chez ma mère qu'à la cantine, parce que quand il mangeait à la cantine ... »
(Mimique de prise de poids, joue gonflée) (E1)

« Parce que la cantine, je ne peux pas le contrôler ça. En plus, maintenant c'est un self donc je pense que c'est « vive la paix » quand je ne suis pas là (rires). Il ne doit pas prendre des légumes monsieur ! » (E2)

3.3.3.2. Des ateliers collectifs pour ne pas stigmatiser et être ludique

Les parents s'accordaient à dire qu'il fallait que l'apprentissage de la nutrition ait une place à part entière dans l'emploi du temps des élèves. Les ateliers diététiques collectifs étaient largement plébiscités. Ces cours devaient s'adresser à tous afin de ne pas stigmatiser les enfants en surcharge pondérale. Ces ateliers pourraient être un moyen de libérer la parole entre enfants, selon eux.

« Il ne faut pas stigmatiser alors euh... ne pas stigmatiser c'est aussi ouvrir au collectif et non pas à l'individuel parce que l'individuel ce n'est que le regard sur soi et donc si j'avais dû vraiment me confronter à ça je pense que oui le collectif aurait été quelque chose de bien. Les ateliers, ça permet entre enfants, sans qu'il y ait les parents, d'échanger sur leurs difficultés. » (E3)

« Des ateliers d'informations, pour en parler un peu plus, ça serait bien aussi. Ça pourrait être une bonne chose. » (E9)

3.3.3.3. L'apprentissage à des valeurs fortes

Beaucoup de parents ont évoqué le harcèlement scolaire avec le problème de l'acceptation des différences de l'autre. Ils souhaitaient que l'éducation nationale sensibilise les enfants à la tolérance et le respect de l'autre.

« Sensibiliser contre le harcèlement déjà, c'est uniquement ça, je pense... au niveau du poids, de l'acceptation de soi, de faire attention au modèle, qu'il n'y ait pas d'a priori et de bien faire comprendre que tout le monde est pareil... » (E1)

Pour certains l'éducation devait se faire dès le plus jeune âge pour que les différentes notions de nutrition, d'équilibre alimentaire soient bien intégrées par les enfants.

« A l'école, ils devraient sensibiliser les enfants au risque... faire intervenir des médecins nutritionnistes dans les écoles pour expliquer les dangers aux grands et aux petits les

valeurs. » « C'est l'âge ou ils comprennent tout, surtout quand ils sont tout petits et qu'après ils nous le rabâchent ! » (E1)

D'autres pensaient que ces informations devaient être instruites à des enfants plus âgés à partir du collège.

« Un rôle d'éducation, je ne sais pas... peut être pas à cet âge-là peut-être plus grand au collège, sensibiliser au surpoids, à l'obésité, la malnutrition, oui, mais au primaire non. » (E10)

Certains insistaient sur l'importance du rôle parental dans l'éducation des enfants. Rôle ne pouvant pas être substitué par l'éducation nationale, importante mais non omnisciente.

« Attention parce que ce n'est pas l'école qui doit remplacer les parents et le côté éducatif ça appartient bien aux parents ça n'appartient pas à l'école. » (E3)

3.3.3.4. Place de la médecine scolaire

La médecine scolaire devait jouer un rôle de prévention et de détection précoce des problèmes de santé des enfants. Tout comme le médecin généraliste, elle devait tenir un rôle d'alerte. Certains parents regrettaient de ne pas avoir été alerté durant les visites médicales.

« Mais on n'en a aucun retour ! Avant j'ai le souvenir qu'on passait des visites médicales, qu'on était alertés, mais lui jamais ! On ne lui a jamais rien dit, tout va bien, il va à l'école quoi ! » (E5)

3.3.4. Une place des parents à définir

3.3.4.1. Ils demandent à être mieux informés des compétences à acquérir pour être en situation d'aidant

Les parents se désignaient spontanément comme étant les personnes les mieux placées pour aider leurs enfants au quotidien. Mais, peu compétents selon eux sur les besoins nutritionnels pédiatriques en termes de quantité comme de qualité, ils étaient demandeurs d'informations claires et accessibles facilement. Ils imaginaient pouvoir avoir recours plus aisément aux différents professionnels de santé, mais plébiscitaient aussi l'utilisation de supports interactifs et ludiques comme des sites internet ou des livres de recettes par exemple.

« On me dit « il est en surpoids, il est en surpoids » mais on ne m'a jamais proposé quoi faire ! » (E1)

« Le manque d'information, c'est surtout ça qui nous manque. Dès qu'on les a, on peut mettre tout en œuvre pour justement aider et puis pour nous aussi. » (E4)

3.3.4.2. Ils souhaitent des ateliers pour des compétences partagées

Ils voyaient également la mise en place d'ateliers parents-enfants comme un moyen efficace d'acquisition de compétences partagées. Certains parents exprimaient un besoin d'être soutenus personnellement, de façon assez régulière, pour les aiguiller sur la bonne conduite à tenir.

« Si on pouvait avoir des petits ateliers comme ça pour apprendre à cuisiner sainement, je trouve que ça serait super ! Que ce soit pour les parents et les enfants, même si ce n'est pas tout le temps, c'est vrai que ça pourrait nous aider. » (E6)

« Moi je pense que plus que pour elle, ce serait pour nous quoi ! Qu'on ait un soutien mais pas forcément régulier, une bonne conversation et qu'on nous explique ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire, voilà » (E4)

3.3.5. La vision d'une prise en charge idéale

3.3.5.1. Quelle fréquence et sur quelle durée ?

Lorsque l'on a interrogé les parents sur leur vision de la prise en charge idéale, tous les parents s'accordaient à dire qu'un suivi régulier sur une longue durée était nécessaire, au moins sur une année.

« Il faudrait un suivi au moins sur presque un an, il faut hein. Pour l'équilibre de l'enfant ça peut être beaucoup mais après, avec des pauses quand tout va bien. » (E1)

« Le temps... Je dirais sur un an, comme ça on fait la boucle, on voit vraiment à long terme ce que ça peut donner parce que des fois on fait attention pendant un certain temps et puis ça revient. » (E10)

Pour la fréquence, cela allait dépendre de la motivation de leur enfant et de l'importance du surpoids (surpoids débutant ou obésité), elle pouvait varier d'une consultation hebdomadaire à trimestrielle selon les parents.

« Vu qu'il est motivé, franchement ça peut être bien une fois par semaine, puis de mettre en place des rdvs tous les 15 jours ou toutes les 3 semaines. Parce qu'il peut vite se lasser aussi ! » (E1)

Pour certains, il n'y avait aucune idée préconçue d'une prise en charge type mais ils attendaient que le professionnel soit à l'écoute de leur enfant et adapte ses soins en fonction de l'enfant.

« Pour la fréquence, cela dépend de l'état de mon fils, c'est au jour le jour : je ne peux pas répondre à la question. Pour la durée du suivi, je ne sais pas non plus, je ne peux pas répondre à votre question, cela dépendra. » (E2)

3.3.5.2. Une prise en charge personnalisée globale

Les parents demandaient une prise en charge globale personnalisée contractualisée avec l'enfant. Les intervenants cités étaient principalement les diététiciens ou nutritionnistes. Le médecin généraliste avait une place importante mais arrivait en deuxième position, il devait jouer un rôle central dans la prise en charge, un rôle de coordonnateur des soins. Sa place variait d'une famille à l'autre. Parfois le pédiatre semblait plus légitime pour prendre en charge la surcharge pondérale, en tant que médecin spécialiste de l'enfant.

« Elle a un suivi pédiatrique tous les 3 mois...je pense que la pédiatrie voilà, ils sont quand même spécialisés là-dedans. » ; « y'a un moment donné où je me suis dit qu'il y avait vraiment besoin d'un suivi médical spécialisé enfant » (E3)

Deux parents nous ont parlé de l'intervention des infirmières Asalée dans le couple médecin-infirmière pour permettre des consultations plus complètes, plus longues et plus personnalisées afin d'aborder des sujets dont ils n'auraient pas eu le temps de discuter lors d'une simple consultation.

« Peut-être coupler médecin et infirmière, pour avoir le temps de discuter aussi ! » (E9)

« Eh bien avec son médecin, on n'en parle pas trop, c'est plus avec l'ide Asalée qui fait la liaison avec le médecin traitant. » (E6)

Aucun parent n'avait eu connaissance de l'existence d'un Réseau dédié au surpoids et à l'obésité infantile (le RéPPOP). Parmi les onze participants, un seul semblait s'intéresser au fonctionnement du réseau et avait demandé des informations complémentaires. Certains parents souhaitaient pourtant la mise en place de structures de proximité dédiées, regroupant différents professionnels de santé pouvant intervenir sur le sujet, où pouvoir se référer en cas de nécessité.

S'il y avait des structures simples et accessibles à côté il pourrait nous aiguiller dessus mais comme il n'y a pas grand-chose en Ariège et en France en générale, c'est compliqué. » (E9)

3.3.5.3. L'intérêt des centres SSR discuté

Le recours à des centres spécialisés dans la prise en charge de l'obésité infantile ne semblait pas utile pour certains parents qui se sentaient capables de mener une prise en charge en

ambulatoire. Les séjours dans ces lieux pouvaient même être vécus comme une punition par l'enfant ou un moyen de pression sur l'adolescent.

« Si on lui dit qu'il va partir dans un centre ou en consultation ou je ne sais quoi pouh, je ne garantis pas le résultat. J'ai même peur de l'effet inverse en fait ! Ce serait une punition pour lui ! » (E5)

« Lui faire peur en disant si tu ne fais pas ça, tu vas aller dans un centre [...] tu te prends en main sinon tu vas aller dans un centre six mois, un an... » (E8)

Un adolescent avait fait l'expérience d'un centre spécialisé. L'éloignement du foyer familial et la prise en charge globale spécialisée pour cette famille avaient été positifs pour l'accompagnement de l'enfant.

« Pour les vacances, elle part en SSR, et je sais que là-bas, ils ont ce qu'il faut [...] Je me dis que ce sera quand même pas mal parce que là-bas, ça se voyait qu'elle était heureuse ! Ce n'est pas la même quand elle est là-bas et quand elle est à la maison. » (E6)

4. Discussion

4.1. Forces de cette étude

4.1.1. Un enjeu de santé publique

Cette étude est la première à aborder la vision des parents sur ce sujet en Occitanie ouest et plus particulièrement en Ariège, département ayant un réseau de soin plus limité. La surcharge pondérale est un véritable enjeu de santé publique puisque touchant un public large et dont la prévalence ne semble pour l'heure pas diminuer malgré les différents plans nationaux menés.

Le recrutement a visé à obtenir autant d'enfants en surpoids qu'en obésité afin de ne pas créer de biais dans les réponses des parents sur les différentes sphères étudiées

4.1.2. Le choix de la méthode

Les entretiens individuels ont permis une plus grande liberté d'expression sur ce sujet intime et personnel que des focus group. Débuter par des questions d'ordre général a facilité la suite de l'entretien, en mettant à l'aise les parents et en obtenant des données intéressantes pour la compréhension de leurs représentations du surpoids.

Le lieu des entretiens a été choisi par les parents afin que règne un climat de confiance, plus propice à la confiance. L'utilisation de la téléconférence via l'application ZOOM, initialement pour limiter les contacts en cette période de pandémie, a permis de garder la dimension non-verbale des entrevues que n'auraient pas permis des entretiens téléphoniques.

4.2. Limites

4.2.1. Limites liées aux enquêteurs

Les deux enquêteurs réalisaient là leur premier travail d'analyse qualitative, sans aucune expérience des entretiens semi-dirigés. Malgré la lecture de plusieurs travaux de méthodologie similaire au préalable, et l'essai d'un travail le plus rigoureux possible tout au long de son déroulement, ceci a pu altérer le recueil des données, à travers aussi la confection de la trame d'entretien, qui a été améliorée au fur et à mesure de l'avancement.

4.2.2. Limites liées au recrutement

Le recrutement s'est fait à partir des médecins généralistes maîtres de stage universitaire et ne s'adressait pas directement à la population générale. Au total, cela représente 38 médecins sollicités parmi les 149 généralistes libéraux installés inscrits au tableau de l'ordre des médecins en Ariège(15). Seuls les médecins sensibilisés à cette cause ont alors répondu.

Etant basé sur le volontariat, seuls les patients enclins à se livrer ont participé. Ceci laisse de côté les parents consultant des médecins non MSU, et les parents dans le déni de cette pathologie, chez qui le vécu aurait pu apporter quelques informations supplémentaires.

Comptant initialement obtenir un échantillon de population le plus diversifié possible, la pyramide des âges a vite été amoindrie, avec une majorité de parents d'enfants ayant entre dix et treize ans parmi les participants, et peu de parents d'enfants plus jeunes ou plus vieux.

On peut se demander si ce biais de sélection reflète une plus grande préoccupation des parents à l'âge pré pubertaire de leur enfant ou s'il s'agit simplement d'une prévalence plus élevée dans cette tranche d'âge comme aperçu dans l'étude Esteban de 2016. (7)

4.3. A propos des résultats

4.3.1. L'annonce et le rôle du médecin généraliste

La surcharge pondérale, surpoids et obésité confondus, est considérée comme une pathologie chronique, référencée par la classification internationale des maladies éditée par l'OMS(16) au sein de son chapitre intitulé « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ». Tel que stipulé dans les recommandations de l'HAS de février 2014(17), plusieurs étapes sont nécessaires à la prise en charge d'une pathologie chronique, avec un temps tout particulier à consacrer à l'annonce. L'objectif est que le patient et son entourage puissent comprendre et s'approprier au mieux le problème soulevé et ses conséquences potentielles, pour pouvoir adhérer en toute conscience à la prise en charge proposée. Ce temps d'annonce, à condition d'être bien mené, est indispensable pour les parents, afin de les faire réagir et prendre conscience de la problématique.

Cette étude a montré que les parents semblaient moins réceptifs lorsque l'annonce était faite par des professionnels paramédicaux ou même un médecin scolaire. Ils attendaient que leur médecin traitant joue un rôle de surveillance, de prévention, et d'alerte ; aussi bien avec eux-mêmes qu'avec leurs enfants. Les différents plans obésité dont celui de 2010 à 2013(18) mettent le médecin généraliste au cœur de la prise en charge. Selon les recommandations de bonne pratique de l'HAS de 2011, il est sensé procéder à une surveillance au moins semestrielle de l'IMC et avoir une attention particulière au rebond d'adiposité, au changement de couloir ou à une ascension de l'IMC continue depuis la naissance. Il doit être d'autant plus vigilant qu'il existe des facteurs de risques d'obésité. (19). Cette étude a montré qu'il y avait une remise en question des compétences du médecin traitant à assumer tous ces rôles, avec notamment trois familles qui ont déploré un attentisme médical voire un déni.

D'après certaines études, seulement un quart des parents estiment avoir été informé du diagnostic par leur médecin, ce qui est cohérent avec nos résultats (20)(9).

Plusieurs chercheurs ont étudié les limites à une prise en charge efficace chez les patients en surcharge pondérale en médecine générale. Les principaux freins relatés sont le manque de compliance ou d'observance du patient, le manque de temps au cours de consultations non programmées et enfin le manque de formation des médecins généralistes dans le domaine de la nutrition (22,23). Les représentations personnelles des médecins peuvent également influencer la prise en charge de leur patient (24). Certains médecins décrivent avoir une vision interne du problème, considérant les patients responsables de leur excès de poids par manque de volonté (23) (25).

Il en ressort qu'une formation complémentaire des médecins généralistes de façon plus ciblée sur les valeurs nutritionnelles et la prise en charge de l'obésité pourrait faire évoluer positivement leurs représentations négatives et diminuer leur passivité, améliorant alors par ricochet l'implication des parents. Il y a également un manque de communication et d'utilisation de la cotation spécifique en médecine générale, sensée valoriser les consultations de suivi de l'obésité pédiatrique et inciter les médecins à s'y intéresser davantage. (Consultation de Suivi de l'Obésité cotée à 46 euros, possible 2 fois par an)

4.3.2. La relation médecin-patient et l'ETP de l'enfant

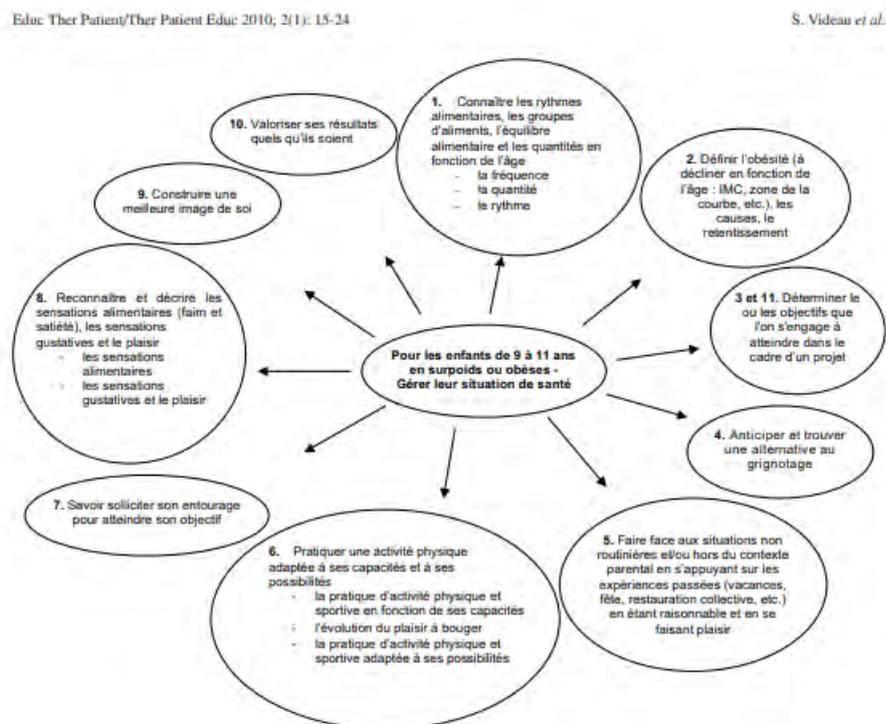
La relation médecin-enfant, modulée par les parents, est plus complexe puisque le médecin doit prendre en compte les représentations des enfants mais aussi celles des parents, pour construire des projets adaptés à leurs attentes. (26) La place de l'enfant va varier selon son âge, ses compétences et sa pathologie. Plusieurs études ont mis en évidence que l'enfant participe peu dans la décision médicale alors qu'il est souvent bien informé. (27) Il pourrait donc y avoir des pistes de travail à effectuer sur cet axe-là, pour majorer sa participation, via le recours à des actions d'Éducation thérapeutique du patient.

Le dispositif ASALEE (Action de santé libérale en équipe), initialement créé en 2004 pour améliorer la prise en charge du diabète, de la BPCO, ou de l'addiction au tabac (28) a été étendu expérimentalement en 2014 à la prise en charge des enfants en surpoids ou en obésité. Cela permet une action ciblée sur l'enfant et son environnement, où il devient acteur grâce à l'utilisation de l'ETP et de l'entretien motivationnel. Une étude toulousaine menée en 2017 a montré que l'utilisation du logiciel CHALAXIE, outil numérique interactif d'éducation thérapeutique, par les infirmières ASALEE a permis d'améliorer l'expressivité de l'enfant,

le dialogue, les interactions entre enfant, soignant et parents, la motivation de l'enfant ainsi que l'élaboration d'objectifs d'apprentissages. (29)

Une étude portant sur 7 centres de référence dans l'obésité a fait état de 10 compétences de soins que devaient acquérir un enfant de 9 à 11 ans en surcharge pondérale au travers de l'ETP (30). Cette étude a voulu harmoniser l'évaluation pédagogique des acquis des enfants dans la prise en charge de l'obésité. Les enfants sélectionnaient une compétence qu'ils souhaitaient aborder. De cette façon, les soignants et les enfants avaient une meilleure vision des compétences acquises.

Compétences dites de soins attendues chez les enfants de 9 à 11 ans en surpoids ou obèses selon les 7 centres de l'étude.



Une autre piste de travail pourrait intéresser la transmission de savoir par les pairs. Ceci a été expérimenté dans le domaine de la prévention du tabagisme en Angleterre au début des années 2000, avec un programme intitulé Assist(31) ciblant des élèves en classe de cinquième avec une efficacité significative sur la baisse du nombre de fumeurs dans la population d'intérêt. Ce programme a consisté à sélectionner 15% des élèves de cette tranche d'âge, les former à la prévention tabagique pendant 2 jours, puis leur demander de diffuser de façon large leurs messages, sans être trop virulents. Ceci a conduit à une diminution de 23% du nombre de fumeurs à 1 an. On pourrait imaginer un schéma similaire ayant pour thème la nutrition et l'activité physique.

4.3.3. La place des parents

Les parents évoquaient tous avoir une part importante à jouer dans le domaine de la nutrition. Comme le rappelle l'OMS, « contrairement à la plupart des adultes, les enfants et adolescents ne sont pas en mesure de choisir [...] les aliments qu'ils mangent. »(32). Cibler les parents semblerait donc une nécessité si l'on veut avoir une action précoce sur les enfants dès le plus jeune âge, à travers des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996, reprise par la HAS (33), l'ETP « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». La finalité des programmes d'ETP est d'amener les patients à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, en les aidant à maintenir et améliorer leur qualité de vie, via le développement de capacités d'auto-soin (savoir ce qui est bon au quotidien pour la préservation de sa santé) et d'adaptation psychosociale (comment concilier son vécu, ses représentations et sa vie quotidienne avec ses connaissances).

D'après les résultats de notre travail, les parents avaient l'air d'être bien informés des risques sanitaires encourus par les enfants en situation d'obésité, assez souvent par analogie avec des membres de la famille ayant déjà eu des complications eux-mêmes. Pourtant cela ne semblait pas être un levier motivationnel suffisamment puissant. Un travail de thèse quantitative soutenu en Haute-Normandie en 2016 sur les connaissances parentales de la surcharge pondérale(34) en population générale retrouve que seulement 65,9% des parents le considèrent comme une maladie ; ceci peut expliquer en partie le retard dans la prise en charge et la faible implication parfois ressentie. Or une étude publiée en 2014 suggère que le niveau de motivation des parents influencerait la réussite de la prise en charge des enfants et la diminution de leur IMC(35). Un suivi régulier comme préconisé, avec réalisation systématique des courbes anthropométriques, pourrait peut-être améliorer la prise de conscience, sous réserve qu'il soit accepté et observé par les patients et non jugé trop intrusif.

La faible participation des pères à nos sollicitations a fait émerger une interrogation : celle de leur implication dans la prise en charge. Une thèse qualitative (36) a abordé cette notion en mettant en évidence un manque d'investissement paternel au niveau du changement des habitudes de vie (concernant la nutrition comme les activités physiques). Elle montre aussi un besoin de soutien, d'écoute et de valorisation de leurs compétences pour augmenter l'adhésion. Un article de revue(37) traitant de l'implication des pères de façon générale met en évidence que celle-ci est associée à une amélioration de la cognition et de la santé mentale

de leurs enfants, une réduction des taux d'obésité et des exacerbations de l'asthme(37). Ceci renforce l'intérêt de cibler des actions à l'égard de la famille.

Concernant les connaissances en matière de nutrition ou d'activité physique, les parents ont semblé avoir peu confiance en leurs compétences, et pointaient du doigt un manque d'accessibilité aux informations utiles pour accroître leur savoir. Ils plébiscitaient une information ciblée et personnalisée, jugée plus pertinente que des mesures collectives. Pourtant le gouvernement, à travers les différents Plans Nationaux Nutrition Santé (PNNS) successifs, investit chaque année dans la communication et la prévention, via des publicités dans les médias par exemple, la création du Nutriscore pour aiguiller les patients, ou encore la création d'un site internet intitulé « mangerbouger.fr »(38). Malgré une dépense non négligeable, avec par exemple un coût d'environ 15 millions d'euros pour le second PNNS(39), aucune de ces mesures n'a été évoquée par les parents, qui ne semblaient pas y avoir recours spontanément, peut-être par manque de communication autour de leur existence. Le ministère des solidarités, lors de la publication d'études observationnelles de bilan de mi-parcours du PNNS4(40), se réjouit pourtant de la bonne diffusion des messages de prévention, avec 73% des participants (sur 1000 interrogés) reconnaissant au moins un support de la campagne après visualisation/écoute du support.

Nous avons vu dans notre étude que les parents d'enfants en âge pubertaire exprimaient un certain désarroi face aux comportements de rébellion et aux difficultés de communication avec leurs adolescents. Ils avaient peur, entre-autre, de créer des troubles du comportement alimentaire en cas de conflits répétés autour du surpoids et de l'alimentation. Certains parents disaient même préférer avoir recours à une tierce-personne pour assumer cette problématique. Le recours à des psychothérapies semblait parfois utile pour certains. Une revue narrative de la littérature (41) décrit l'adolescence comme « un processus d'individuation–séparation », au cours duquel il se détache peu à peu du modèle parental pour construire sa propre identité et une nouvelle image. Il cherche alors à se réassurer sur sa normalité auprès de ses pairs, supports externalisés de la famille. Dans le domaine alimentaire, cela passe par exemple par un rejet relatif de la nourriture « saine » apanage des adultes et le plébiscite des fast-foods, au nom de la liberté. L'influence des médias et réseaux sociaux qui véhiculent des idées de « corps parfaits » hors normes et le caractère stigmatisant de notre société à la fois pour les parents comme les adolescents en surpoids sont vecteurs de culpabilité et de frustration.

Pour acquérir autonomie et confiance en soi, l'adolescent a besoin de ses parents. Ils doivent accepter d'être la cible privilégiée de son agressivité et doivent pouvoir la recevoir sans se

sentir détruits et dévalorisés. Ils doivent être capables d'accompagner leur adolescent au cours de sa mue sans s'investir uniquement dans son image corporelle, mais en étant capables de communiquer, de l'écouter et le rassurer, en lui donnant des repères dont il a besoin pour se structurer. Il pourrait alors être intéressant de cibler des actions en faveur de l'amélioration du « savoir-être » des parents, en les aidant à gérer la communication avec leurs enfants dans cette période difficile.

En résumé, le but des actions d'ETP auprès des parents d'enfants en surcharge pondérale pourrait être à priori d'accroître leurs connaissances surtout en matière de nutrition (leur « savoir ») et de renforcer les capacités d'adaptation pour augmenter leur motivation, via du renforcement positif de leurs actions et parfois une aide à gérer leurs relations parents-enfants. Dans cette étude, ils plébiscitaient la mise en place d'ateliers. La sollicitation des associations de parents d'élèves pourrait être intéressante afin de pouvoir toucher un public le plus large possible tout en gardant une proximité rassurante. En laissant les parents élaborer eux-mêmes la trame de ces ateliers, cela pourrait permettre de mieux cibler leur préoccupation, leurs représentations et améliorer l'adhésion.

4.3.4. Les réseaux

Certains parents ont soumis la volonté d'un réseau de soin coordonné avec une structure spécialisée de proximité. Au sein de la région d'Occitanie, un réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP) existe comme dans dix autres régions (42). Les médecins peuvent adhérer à ce réseau de soin et ainsi devenir médecin collaborateur ou médecins référent « obésité » dans leur département en effectuant des formations de courte durée. La présence de ce réseau est limitée en Ariège puisqu'il ne compte que deux pédiatres et quinze médecins généralistes soit uniquement 10 % des médecins généralistes installés (Annexe N°8). L'élaboration de formation fréquente en lien avec le RéPPOP pourrait permettre de constituer un véritable réseau de soins sur le territoire, dans lequel pourrait s'inscrire des diététiciennes, des psychologues, le médecin traitant de l'enfant et d'autres professionnels de santé.

Plusieurs expérimentations menées en collaboration avec le RéPPOP ont lieu sur le territoire français. La mission « retrouve ton cap » débutée en 2018 qui concernait les enfants de 3 à 8 ans en situation à risque d'obésité dans 3 régions (l'IDF, la réunion, et les hauts de France) visait à prendre en charge les familles en ayant accès à un bilan diététique, psychologique, et un bilan d'activité physique ainsi que des consultations de suivi (43). Une autre étude est

actuellement menée depuis 2020 chez les enfants et adolescents de 0 à 16 ans, intitulée « OBEPEDIA » en lien avec 9 centres spécialisés dans l'obésité (CSO) dont celui de Toulouse. Elle « propose un parcours de soins personnalisé, optimisé, incluant les visites à domicile, adapté à la famille, s'adressant aux enfants présentant une obésité sévère et/ou complexe, et basé sur une double coordination entre le CSO et les professionnels de santé de proximité » (44). Les résultats de ces expérimentations ne sont pas encore connus.

Plusieurs actions de santé publique ont été menées en France, y compris en Ariège où elles sont conduites par la communauté de commune, les associations ou le RéPPOP (45). Des projets ont lieu depuis plusieurs années pour la promotion d'un mode de vie sain comme le projet « Alter & Go » en 2016 à destination des collégiens de la commune de Mirepoix qui encourageait à l'activité physique. Une autre action avait été menée à Foix avec l'organisation d'ateliers diététiques mensuels à destination des personnes diabétiques ou en surpoids. Actuellement, aucun projet d'éducation thérapeutique portant sur l'obésité infantile n'est répertorié sur le site de l'Observatoire régional de santé. Il serait intéressant de proposer de nouvelles actions à destination des parents et des enfants dans les zones où la prévalence de l'obésité est importante.

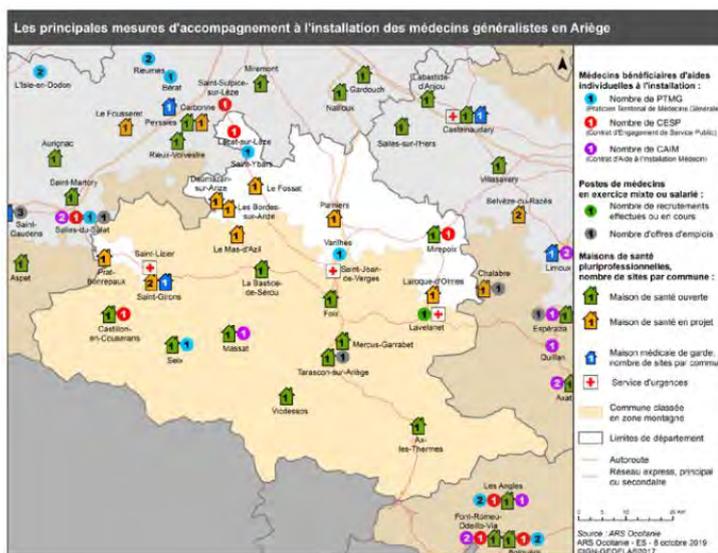
Comme citées précédemment, les infirmières en éducation thérapeutique pourraient jouer un rôle important dans la prévention et la prise en charge du couple « parents-enfant » par leur proximité, et leur disponibilité. En Ariège, le dispositif Asalée se développe depuis 2016 et comporte 13 infirmières sur le territoire. L'obésité infantile fait partie des axes de prévention et de prise en charge depuis 2 ans.

Les parents de cette étude ont souligné l'importance du recours à des professionnels formés en nutrition (diététiciens, nutritionnistes) mais moins de la moitié y avait déjà fait appel. Les raisons étaient surtout le manque de connaissance du réseau local des professionnels formés en nutrition de l'enfant et le versant financier. La confection d'un annuaire avec tous les professionnels de santé compétents dans la prise en charge de l'obésité infantile pourrait être une bonne initiative pour faciliter l'accès à ces professionnels. Le coût des soins peut être un frein à l'accès à ces professionnels. Un dispositif expérimental est en cours en Haute-Garonne et dans deux autres départements (Morbihan, Bouches-du-Rhône) pour le remboursement des consultations chez un psychologue dans la dépression et l'anxiété de certains patients afin de leur éviter la prescription d'antidépresseurs(46). On pourrait alors penser qu'un protocole similaire de remboursement des consultations diététiques permettrait à certaines populations précaires d'avoir accès à des conseils nutritionnels personnalisés avec un coût raisonnable.

Les psychologues font également partie des professionnels de santé qui tiennent une place importante dans la prise en charge d'après les parents. Ils font partie intégrante des professionnels de 1^{er} recours lorsqu'un mal-être est détecté. Il s'agit de repérer les troubles du comportements alimentaires comme l'hyperphagie boulimique qui serait présente chez un quart des enfants obèses(47) et d'adresser ces enfants à professionnels compétents. Le psychologue peut également travailler avec l'enfant sur l'alimentation émotionnelle qui est utilisée comme rempart aux conflits, à l'angoisse ou au manque affectif, ou encore sur les troubles du comportements alimentaires comme l'hyperphagie boulimique, la boulimie, ou les conduites restrictives compensatoires (47).

L'Ariège est dotée de quatre centres hospitaliers répartis sur le département dont deux à vocation plutôt gériatriques. Les personnes de moins de 19 ans représentaient environ 20% de la population ariégeoise en 2017 soit 31960 personnes dont 24000 enfants de moins de 15 ans (48). Un seul service de pédiatrie avec un médecin spécialisé en endocrinologie se trouve au sein du Centre hospitalier intercommunale des Vallées d'Ariège. Le CSO le plus proche se trouve à Toulouse, soit à plus de 1h30 de route pour des familles habitant au cœur de la Haute-Ariège, cette distance peut être un frein à une prise en charge spécialisée. Il convient donc de développer des structures de soins de proximité.

Cartographie des maisons de santé et centres hospitaliers :



Dans notre étude, la vision des parents sur le recours des centres de soins et de réadaptation était parfois péjorative car pouvant être vécu comme une punition pour l'enfant voire pour les parents d'après ces derniers. Ils considéraient également que ces centres étaient réservés en dernier recours à des obésités extrêmes. Or, les recommandations de la HAS montrent qu'ils peuvent être utiles en deuxième recours

lorsqu'il existe des comorbidités ou un environnement familial défavorable (cf. Algorithme des trois niveaux de prises en charge, Annexe N°9). Il n'y a pas de SSR pédiatrique spécialisé dans l'obésité en Ariège et les plus proches se trouvent dans les Pyrénées-Orientales (Pole pédiatrique de Cerdagne, et Les Tout-petits) et en Haute-Garonne (Centre ASEI Paul Dotin). (Annexe N°10)

4.3.5. Une participation possible de l'éducation nationale dans la boucle de prévention ?

Les parents attendaient beaucoup de l'éducation nationale et avaient un regard critique sur la qualité de la restauration scolaire.

Les différents plans pour la promotion d'une alimentation saine à l'échelle nationale comme le PNA, le PNNS dont le dernier s'étend de 2019 à 2023 (49) tentent d'améliorer les pratiques en matière de nutrition notamment dans le milieu scolaire. Des mesures ont déjà été mises en place comme la suppression des distributeurs automatiques prononcée en 2005 (50), la mise en place de projets éducatifs sur la nutrition en complément des programmes d'enseignement, la proposition de généralisation des petits-déjeuners ou de collations en classe de primaire(51) ou encore des opérations afin de former les équipes à l'équilibre nutritionnel(52).

Comme le suggéraient certains parents, le passage d'une nutritionniste au sein de l'établissement plusieurs fois par an et la réalisation d'ateliers diététiques pourraient permettre d'inculquer les bonnes habitudes alimentaires aux enfants dès le jeune âge.

5. Conclusion

La surcharge pondérale en pédiatrie est un problème majeur de santé publique, qui semble se stabiliser depuis quelques années sur le territoire français, mais ne pas diminuer pour autant. Pathologie chronique source d'une morbidité et d'une mortalité importantes, et d'un surcoût financier pour la société, il nous a semblé pertinent de nous intéresser au point de vue des parents pour établir les freins à une prise en charge optimale.

Cette étude qualitative réalisée sur un échantillon de 10 familles ariégeoises a mis en évidence la nécessité d'une annonce claire et empathique mais parfois manquante du médecin traitant, personnalisée selon les représentations du couple parent-enfant, sans jugement ni stigmatisation. Une fois ce temps passé, un besoin de formation et d'éducation à la santé sous la forme d'un suivi médical ou paramédical régulier ou encore la réalisation d'ateliers de parents semblaient plébiscités. Ceci dans le but d'apporter des connaissances claires et essentielles, difficiles à obtenir pour certains via les différentes sources d'informations disponibles parfois contradictoires (entourage, internet, publicités, etc..).

Malgré le rôle prépondérant qu'ils s'attribuaient dans cette prise en charge, les parents considéraient que l'éducation nationale avait un rôle important à jouer, au travers de l'apprentissage de la nutrition en classe dès le plus jeune âge, mais aussi par une réforme indispensable de la restauration scolaire jugée encore perfectible.

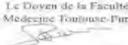
Les différents PNNS successifs vont dans ce sens-là, mais cela semble encore insuffisants d'après leurs discours. Un manque de communication autour de ces plans en est ressorti, avec notamment une méconnaissance des réseaux des soins et des supports numériques créés par le gouvernement par exemple.

Une amélioration des compétences des médecins traitants en matière de nutrition à l'aide de formations régulières dispensées par les réseaux de soin pourrait augmenter leur réactivité. Cela pourrait permettre de poursuivre le développement et la promotion de ces réseaux de soins auprès des acteurs de terrains en accélérant la communication, pour améliorer la couverture territoriale et à terme garantir un meilleur accès aux soins.

On pourrait imaginer le recours aux associations de parents d'élèves pour la réalisation de soirées de formation à la nutrition, pour toucher un public le plus large possible tout en gardant une proximité rassurante.

Vu
Toulouse le 12/06/2021

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 17/06/2021
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. *obesite_enfant_et_adolescent_-_synthese.pdf* [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_synthese.pdf
2. Must A, Phillips SM, Naumova EN. Occurrence and timing of childhood overweight and mortality: findings from the Third Harvard Growth Study. *J Pediatr.* mai 2012;160(5):743-50.
3. Isnard P. La souffrance psychologique chez l'enfant et l'adolescent obèses. 2012;6.
4. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. OMS | Surpoids et obésité de l'enfant [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/fr/>
6. Verdot C. CORPULENCE DES ENFANTS ET DES ADULTES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2015. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ESTEBAN ET ÉVOLUTION DEPUIS 2006 / CHILDREN AND ADULTS BODY MASS INDEX IN FRANCE IN 2015. RESULTS OF THE ESTEBAN STUDY AND TRENDS. :8.
7. *ExploitationInfiscol_Dec2017_882670.pdf* [Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: http://cache.media.education.gouv.fr/file/01/67/0/ExploitationInfiscol_Dec2017_882670.pdf
8. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 21 janv 2009;(1):CD001872.
9. Cavailles L. Vécu et attentes des parents pour la prise en charge de leur enfant en surpoids ou obèse : Etude qualitative à partir de 13 entretiens semi-dirigés réalisés en région Rhône Alpes. 29/11/2018 [Internet]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6fb522t>
10. Le pommelet M. Vécu et attentes des parents dans la prise en charge de 1er recours du surpoids et/ou de l'obésité non compliquée de leur enfant âgé de 6 à 9 ans en Ile-et-Vilaine. 03/05/2019 [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/48504e37-7fbb-4543-8c4d-49f0faf4f6f2?inline>
11. SFEndocrino [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article.php?id=828#O%20I>
12. Yee AZH, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 11 avr 2017;14(1):47.
13. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients.* juin 2018;10(6):706.

14. Dossier : Comment se nourrissent nos adolescents ? [Internet]. Institut Danone. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://institutdanone.org/objectif-nutrition/comment-se-nourrissent-nos-adolescents-2/comment-se-nourrissent-nos-adolescents/>
15. Conseil Département de l'Ariège de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <https://cdom09.fr/>
16. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
17. 2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf
18. Plan_Obesite_2010_2013.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
19. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003
20. Patel AI, Madsen KA, Maselli JH, Cabana MD, Stafford RS, Hersh AL. Under-diagnosis of Pediatric Obesity during Outpatient Preventive Care Visits. *Acad Pediatr.* 2010;10(6):405-9.
21. Dilley KJ, Martin LA, Sullivan C, Seshadri R, Binns HJ. Identification of Overweight Status Is Associated With Higher Rates of Screening for Comorbidities of Overweight in Pediatric Primary Care Practice. *Pediatrics.* 1 janv 2007;119(1):e148-55.
22. Dutrieu Pascaud S. Prévention et dépistage du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent: le rôle clé du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
23. Avignon A, Attalin V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. *Cah Nutr Diététique.* avr 2013;48(2):98-103.
24. Degrange S, Legrand C, Pétré B, Scheen A, Guillaume M. Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 oct 2015;9(6):559-65.
25. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obes Res.* 2005;13(4):787-95.
26. Méta-synthèse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 mai 2015;63(3):183-91.
27. André N, Gaudart J, Bernard J-L, Chabrol B. Quelle place pour l'enfant dans la prise de décision en pédiatrie ? *Arch Pédiatrie.* juill 2005;12(7):1068-74.
28. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. :8.

29. Boyer P, Delprat C, Bayart M, Jouret B, Tauber M. Evaluation des compétences des enfants en surpoids ou obèses âgés de 9 à 11 ans par les infirmières ASALEE à l'aide du logiciel Destination CHALAXIE. :1.
30. Videau S, Bertrand A-M, Jouret B, Gagnayre R. Recueil de pratiques visant à harmoniser les évaluations pédagogiques des compétences de soins chez les enfants de 9–11 ans en surpoids ou obèses. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* juin 2010;2(1):15-24.
31. Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N, et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet.* 10 mai 2008;371(9624):1595-602.
32. OMS | Quelles sont les causes du surpoids et de l'obésité chez les jeunes? [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/fr/
33. questions_reponses_vvd_.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf
34. Foll BL. Connaissance des parents sur le surpoids infantile et sur le rôle du médecin généraliste dans sa prise en charge : étude quantitative haut-normande. 29 sept 2016;82.
35. Accurso EC, Norman GJ, Crow SJ, Rock CL, Boutelle KN. The role of motivation in family-based guided self-help treatment for pediatric obesity. *Child Obes Print.* oct 2014;10(5):392-9.
36. Briquet E, Loscheider A-M, Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019), Université Paris Diderot - Paris 7, UFR de médecine. Évaluation de l'implication paternelle dans la prise en charge et le suivi d'un enfant présentant un surpoids ou une obésité. 2018.
37. Allport BS, Johnson S, Aqil A, Labrique AB, Nelson T, Kc A, et al. Promoting Father Involvement for Child and Family Health. *Acad Pediatr.* oct 2018;18(7):746-53.
38. Accueil | Manger Bouger [Internet]. [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/>
39. Le Plan National Nutrition Santé 2006-2010 (PNNS2) [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.lanutrition.fr/bien-dans-son-assiette/bien-manger/les-recommandations-de-lanutrition.fr/le-plan-national-nutrition-sante-2006-2010-pnns2>
40. pnns_4_bilan_5mai2021.pdf [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns_4_bilan_5mai2021.pdf
41. Rochereau B. Comportement alimentaire de l'adolescent obèse : doit-on prendre en charge les parents ? *Cah Nutr Diététique.* 1 juin 2009;44(3):144-7.
42. CNRéPPOP - Coordination Nationales des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.cnreppop.com/>
43. Prévention de l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans : expérimentation « Mission : retrouve ton cap » [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur:

- <http://www.lareunion.ars.sante.fr/prevention-de-lobesite-chez-lenfant-de-3-8-ans-experimentation-mission-retrouve-ton-cap-0>
44. Delpy A-L. L'expérimentation OBEPEDIA, parcours de soins de l'enfant en situation d'obésité sévère. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 févr 2019;67:S42-3.
 45. Occitanie - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 14 mai 2021]. Disponible sur:
[https://www.oscarsante.org/occitanie/actions?filtres%5Bthemes%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5Bthemes%5D%5Bq%5D%5B%5D=Nutrition+\(alimentation+et+activit%C3%A9+physique\)&filtres%5BniveauGeographiques%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5BniveauGeographiques%5D%5Bq%5D%5B%5D=D%C3%A9partement&filtres%5BniveauGeographiques%5D%5Bq%5D%5B%5D=Territorial&filtres%5BdepartementAppartenance%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5BdepartementAppartenance%5D%5Bq%5D%5B%5D=Ari%C3%A8ge&libre=&from=0&size=20&types%5B%5D=etp&types%5B%5D=sante&types%5B%5D=travail&modeResultats=tableau](https://www.oscarsante.org/occitanie/actions?filtres%5Bthemes%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5Bthemes%5D%5Bq%5D%5B%5D=Nutrition+(alimentation+et+activit%C3%A9+physique)&filtres%5BniveauGeographiques%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5BniveauGeographiques%5D%5Bq%5D%5B%5D=D%C3%A9partement&filtres%5BniveauGeographiques%5D%5Bq%5D%5B%5D=Territorial&filtres%5BdepartementAppartenance%5D%5Bop%5D=OR&filtres%5BdepartementAppartenance%5D%5Bq%5D%5B%5D=Ari%C3%A8ge&libre=&from=0&size=20&types%5B%5D=etp&types%5B%5D=sante&types%5B%5D=travail&modeResultats=tableau)
 46. Santé-Mentale-GuideMedecin.pdf [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur:
<https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2020/06/Sante%CC%81-Mentale-GuideMedecin.pdf>
 47. Obésité de l'enfant et de l'adulte [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur:
<https://www.larevuedupraticien.fr/article/obesite-de-lenfant-et-de-ladulte>
 48. Dossier complet – Département de l'Ariège (09) | Insee [Internet]. [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-09>
 49. pnns4_2019-2023.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
 50. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Etudes et rapports dans le cadre du PNNS [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/etudes-et-rapports-dans-le-cadre-du-pnns>
 51. Éducation à l'alimentation et au goût [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 14 mai 2021]. Disponible sur:
<https://www.education.gouv.fr/education-l-alimentation-et-au-gout-7616>
 52. SPF. Former le personnel des écoles maternelles à l'équilibre alimentaire. [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: </determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/former-le-personnel-des-ecoles-maternelles-a-l-equilibre-alimentaire>

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES :

Annexe n°1 : Fiche de renseignement pour médecins recruteurs + Fiche d'information à destination des parents

Annexe n°2 : Autorisation de la CNIL

Annexe n°3 : Première version du guide d'entretien

Annexe n°4 : Dernière version du guide d'entretien

Annexe n°5 : Exemple d'entretien : l'entretien n°3

Annexe n°6 : liste des caractéristiques de la famille

Annexe n°7 : liste des caractéristiques des enfants

Annexe n°8 : liste des medecins généralistes référents RéPPOP

Annexe n°9 : Algorithme des trois niveaux de recours

Annexe n°10 : Liste des SSR pédiatrique en Occitanie

Annexe n°1 : Fiche descriptive à destination des médecins recruteurs

FICHE DE RECUEIL THÈSE SURCHARGE PONDÉRALE PÉDIATRIQUE

Bonjour,

Nous sommes deux internes de médecine générale en dernière année d'internat, Mme Vanryssel Marie-Josèphe et M. Chastel Kévin. Nous vous sollicitons afin que vous proposiez à vos patients de participer à notre travail de fin d'étude concernant les attentes des parents par rapport à la prise en charge de leurs enfants en situation de surcharge pondérale (surpoids ou obésité) dans une population d'enfants de 5 à 16 ans et 11 mois en Ariège.

Nous recherchons des parents qui seraient intéressés pour participer à un entretien d'environ 30 à 45 minutes concernant leur vécu et leurs attentes concernant la prise en charge du problème de poids de leur enfant.

Les entretiens pourront se dérouler au cabinet ou au domicile du patient, éventuellement dans une salle à l'intérieur des municipalités sous réserve de leur accord.

Pour se faire, nous mettons à votre disposition ce tableau avec leur prénom, leur date de naissance, le prénom de l'enfant en question et leur numéro de téléphone.

Merci de votre concours,

Mme Vanryssel Marie-Josèphe et M. Chastel Kévin.

Tableau à remplir si patients potentiellement intéressés :

Nom du médecin recruteur :

Nom(s) des parents + commune d'habitation	Numéro de téléphone	Prénom de l'enfant avec année de naissance	Poids + Taille de l'enfant

Notice d'information patient : travail de thèse

Madame monsieur,

Nous sommes deux internes en médecine générale et, dans le cadre de notre travail de thèse de fin d'études, nous avons choisi de nous intéresser à la **prise en charge des enfants entre 5 et 16 ans en situation de surcharge pondérale (c'est-à-dire en surpoids ou obèses) sur le département de l'Ariège.**

Plus particulièrement, nous souhaitons nous intéresser aux **attentes des parents** concernant l'aide qui pourrait leur être apportée pour une évolution favorable de cette pathologie chez leurs enfants, sans toutefois tomber dans une certaine forme de stigmatisation ou de surmédicalisation.

Nous venons ainsi vous solliciter dans ce sens, pour améliorer ensemble si possible ce qui existe déjà et voir ce qui peut être créé. Vos données personnelles seront traitées uniquement par nos soins et de façon totalement anonyme, afin d'avoir une parfaite liberté de parole.

Notre travail se fera sous la forme d'un entretien individuel d'une trentaine de minutes environ, entre Octobre 2020 et Janvier 2021, avec pour objectif de soutenir notre thèse et communiquer les résultats au début de l'été 2021.

La surcharge pondérale pédiatrique est un sujet qui nous tient à cœur car de plus en plus fréquente au sein de notre population, et nous pensons que nous avons tous un rôle à jouer pour prévenir au mieux les éventuelles complications qui peuvent en découler.

Nous vous remercions par avance de l'aide précieuse que vous pourrez nous apporter.

Mme Marie-Josèphe VANRYSSEL et Mr Kévin CHASTEL,

Internes en médecine générale



Référence CNIL :

2218100 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 20 mai 2020

Monsieur Kevin CHASTEL

LES COMBES DE GOUDY
19270 USSAC

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Monsieur CHASTEL Kevin

Service :

Adresse : LES COMBES DE GOUDY

CP : 19270

Ville : USSAC

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0631828233

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 25 mai 2020

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Annexe n°3 : Première version du guide d'entretien

Questionnaire initial

- 1) A quel moment avez-vous eu connaissance de ses problèmes de poids ? Par quel intermédiaire ? (Alerte du médecin généraliste ou d'un autre intervenant ? Famille qui s'en est rendue compte toute seule ?)
- 2) Quelle a été votre réaction lorsqu'on vous en a parlé pour la 1^{ère} fois ? Et maintenant, lorsque le sujet est abordé ?
- 3) Que pensez-vous personnellement de l'état de santé de votre enfant ? Est-ce que cette surcharge vous inquiète pour sa santé ?
- 4) Quel est le niveau d'activité physique de votre/vos enfants : A l'école ? En dehors de l'école ? Trouvez-vous que ce taux d'activité est adapté pour lui/elle ou pas ?
- 5) Pensez-vous avoir des bases sur la nutrition en général ? Avez-vous l'impression que vous arrivez à les mettre en œuvre dans votre quotidien assez facilement ?
- 6) Pensez-vous que l'alimentation de votre enfant est alors équilibrée et adaptée à son âge ?
- 7) Vous sentez-vous capables de pouvoir agir seuls pour modifier certaines choses et prévenir l'obésité potentielle à l'âge adulte de votre enfant ?
- 8) Connaissez-vous différentes professions pouvant intervenir dans la prise en charge de votre enfant en Ariège ? Pouvez-vous m'en citer quelques-uns ?
- 9) Avez-vous déjà eu recours à des professionnels de santé pour la prise en charge de votre enfant ? Connaissez-vous le réseau RÉPPOP ?
- 9) Concrètement, comment verriez-vous la prise en charge de votre enfant ? Une modification de son taux d'activité physique ? Par un rééquilibrage alimentaire ? Par d'autres alternatives ? (Prise en charge psychologique / thérapies non médicamenteuses / thérapeutiques médicamenteuses)
- 10) Pensez-vous que des acteurs de santé peuvent jouer un rôle plus important dans cette problématique ? Qui est la personne que vous allez voir en premier pour cette question-là ?
- 11) Quel est pour vous le rythme de suivi idéal pour une prise en charge efficace ?
- 12) Comment vous sentez-vous à l'approche d'une consultation parlant du poids de votre enfant ?
- 13) Jusqu'à quel âge pensez-vous qu'il faille suivre votre enfant au sujet de son poids ?
- 14) Et le médecin généraliste, quelle est sa place et son rôle selon vous ?
- 15) Quelle place doit remplir l'école et l'éducation nationale dans ce domaine ?
- 16) Avez-vous déjà pensé à quelque chose qui pourrait vous aider au quotidien dans cet objectif/que souhaiteriez-vous voir mis en place ?
- 17) Quels sont les freins actuels au suivi de votre enfant selon vous ?

Annexe n°4 : Dernière version du guide d'entretien

Questionnaire thèse qualitative « vécu et attentes des parents d'enfant en surcharge pondérale »

A) Habitudes familiales et vécu

- 1) Que pensez-vous de la corpulence de votre enfant ?
- 2) A quel moment avez-vous eu connaissance de ses problèmes de poids ? Par quel intermédiaire ? (alerte du médecin généraliste ou d'un autre intervenant ? Famille qui s'en est rendue compte toute seule ?)
- 3) Quelle a été votre réaction lorsqu'on vous en a parlé pour la 1^{ère} fois ? Et maintenant, lorsque le sujet est abordé ?
- 4) Que pensez-vous personnellement de l'état de santé de votre enfant ? Est-ce que cette surcharge vous inquiète pour sa santé ?
- 5) Quelle est la cause de son problème de poids à votre avis ?
- 6) Quels sont les risques de ce surpoids pour votre enfant ? A court terme ? Sur le long terme ?
- 7) Votre enfant fait-il assez d'effort physique selon vous ? En fait-il l'école ? Et en dehors de l'école ? Combien de temps cela représente par semaine ?
- 8) Vos habitudes alimentaires vous semblent-elles en adéquation avec son poids actuel ? Qui fait la cuisine essentiellement à la maison ?
- 9) Comment jugeriez-vous le temps d'exposition aux écrans de votre enfant ? Combien d'heures cela représente par semaine ?

B) Connaissances des parents sur les moyens de la prise en charge déjà existants

- 10) Connaissez-vous différentes professions pouvant intervenir dans la prise en charge de votre enfant en Ariège ? Pouvez-vous m'en citer quelques-uns ?
- 11) Avez-vous déjà eu recours à des professionnels de santé pour la prise en charge de votre enfant ?
- 12) Connaissez-vous le réseau RéPPOP ?

C) Attentes des parents pour améliorer la prise en charge

Ce qui pourrait aider leur enfant selon eux

- 13) Que devrait faire votre enfant selon vous pour améliorer son état de santé ?
(Une modification de son taux d'activité physique ? Par un rééquilibrage alimentaire ? Par d'autres alternatives ? (Prise en charge psychologique / thérapies non médicamenteuses / thérapeutiques médicamenteuses)
- 14) Qui sont les mieux placés pour l'aider ? Qui d'autre ?

15) Si l'on devait imaginer une prise en charge idéale, quelle serait-elle selon vous ? (Quelle fréquence ? par qui ? Sur quelle durée ? (Des consultations dédiées ? SSR ? Ateliers diététiques ?)

16) Quelle place doit remplir l'école et l'éducation nationale dans ce domaine selon vous ?

Ce qui pourrait les aider personnellement

17) Quels outils pourraient vous aider dans votre vie quotidienne pour maintenir vos objectifs ?

18) Qu'est-ce qui vous limite pour améliorer la prise en charge ? Avez-vous une idée pour contourner ces problèmes ? (Problèmes d'argent ? de temps ? des transports pour aller au sport ? etc...)

D) Et le médecin généraliste, quelle est sa place et son rôle selon vous ?

19) Quel rôle lui souhaitez-vous que votre médecin généraliste remplisse ? (Adressage vers confrères ou diététicien ou autre, ou bien un rôle à part entière ?)

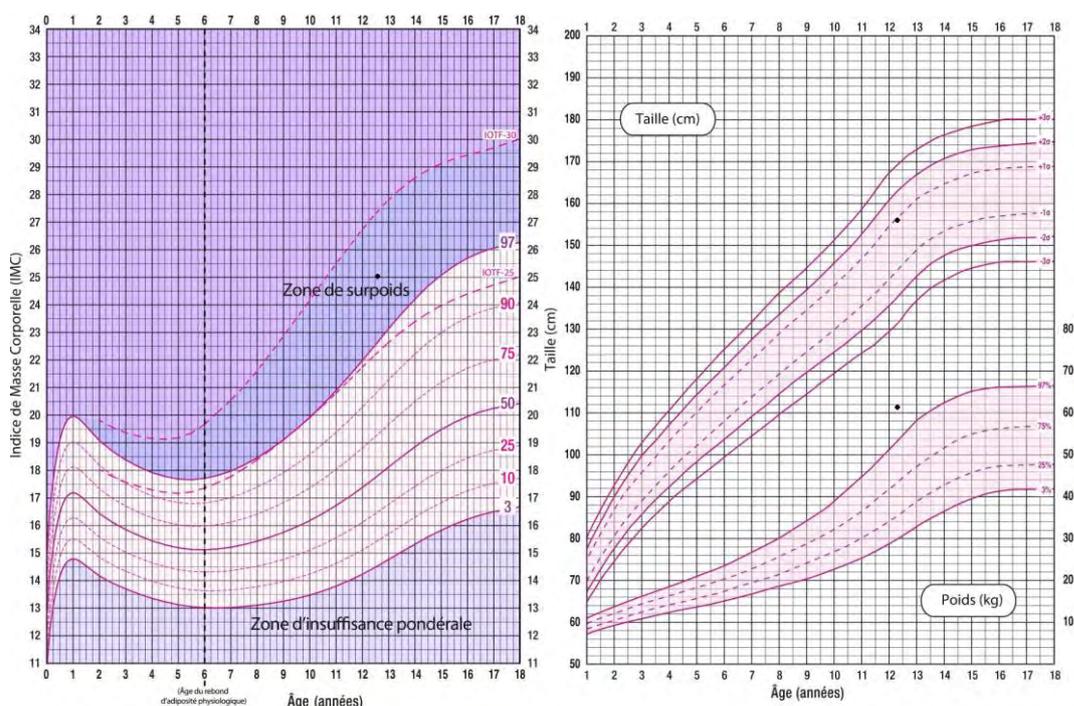
20) A quel fréquence/quand doit il aborder le sujet ? A travers des consultations dédiées ou en systématique ?

21) Doit-il aborder spontanément la question ou attendre que vous l'évoquiez ?

Annexe n°5 : Exemple d'entretien : L'entretien n°3

Entretien thèse N°3 du 30/11/2020 :

L'enfant est en surpoids née en en mars 2008, elle a 12 ans au moment de l'entretien, nous la désignerons C. tout au long de l'entretien. Son poids est de 60.9 kg, pour 156 cm soit un IMC de 25.02 kg/m². Les parents sont tous les deux cadres. La mère âgée de 42 ans IMC normal, le père âgé de 45 ans en léger surpoids. Les parents sont séparés depuis 4 ans.



1) Que pensez-vous de la corpulence de votre enfant ?

Euh... C. euh... Actuellement, elle vient d'être réglée... euh elle a 13 ans C., enfin 12 ans, elle va faire 13 ans au mois de mars. Elle vient d'être réglée il y a un mois et demi. J'ai l'impression qu'elle s'affine et qu'elle grandit. Bon elle a beaucoup grandi ses derniers temps mais elle a toujours une euh... Bon, elle a une ossature qui est quand même, on va dire bien plantée, mais ça a toujours été. Moi, j'ai deux enfants qui sont comme ça, mon fils est comme ça aussi. On sent qu'il y a des os quoi, ça pèse. C, elle a toujours... Elle fait beaucoup de sport, elle fait de la danse, elle fait de la gym, elle fait du ski donc en termes des cuisses ça s'est affiné mais elle reste très musclée, très massive.

La difficulté de clémence s'articule surtout autour de la sangle abdominale, en fait C. est un bébé qui a eu une luxation congénitale, qui a été en siège pendant 8 mois, qui a été tourné dans mon ventre aca s'est bien passé. Elle n'est pas née en siège mais en revanche on a découvert une luxation congénitale des 2 hanches, c'est héréditaire mon papa a eu ça.

Donc C. a eu un harnais pendant 5 mois, les premiers mois de sa vie. En fait, ben moi j'avais pas du tout réfléchi à tout ça et quand elle a eu... Elle était suivie par un pédiatre à l'hôpital. Elle a toujours été suivie par un pédiatre et c'était un bébé plutôt corpulent comme son frère.

Et je n'avais pas fait gaffe à cette histoire de sangle abdominale parce que les enfants jusqu'à un certain âge quoi... Mais quand elle a commencé à devenir adolescente, effectivement elle a eu énormément de mal à se muscler la sangle abdominale. Et donc en discutant avec le pédiatre, c'est sûrement lié aussi à cette histoire de harnais parce qu'à ces âges-là, c'est l'âge où on développe... Les bébés il bougent beaucoup et elle, elle ne développait rien quoi.

Donc aujourd'hui, c'est une jeune fille, on sent poindre la femme en elle, voilà. Et par rapport au poids, elle n'est pas stabilisée, elle est un peu au-dessus je pense... Mais, ça va mieux.

2) *En a quel moment, vous avez eu connaissance de ses problèmes de poids ? Dès le début ?*

Non, pas du tout, en fait C. ça s'est développé essentiellement à la séparation de son papa et moi, il y a 3-4 ans. Ou elle a commencé... Donc 3-4 ans, ça fait 9 ans, ou elle devenait un peu plus rondelette, on va dire. On est des familles. Enfin moi, de mon côté pas trop mais bon, voilà il y a de l'embonpoint quand même, on aime bien manger euh... Voilà moi je fais beaucoup la cuisine aussi et je ne m'en suis pas inquiétée, en fait, elle avait un suivi pédiatrique, bon c'est vrai que chaque fois, elle était un peu au-dessus. Et quand on s'est séparés, il y a eu une phase un peu plus critique où elle était un peu au-dessus des courbes quoi.

Et elle a un suivi pédi et psycho. Elle a un suivi pédi tous les 3 mois et c'est avec la pédiatre, où on s'est aperçu qu'elle était un peu au-dessus. Enfin qu'il fallait l'accompagner sur sa prise de poids. Pourquoi ? Comment ? En fait c'était un refuge, je pense.

Donc en fait ce n'est pas l'intermédiaire des courbes et du pédiatre.

Enfin moi en tant que maman, je voyais bien qu'elle était rondelette mais après c'est toujours compliqué. Enfin voilà, c'était compliqué pour moi. Moi pour le coup, j'avais perdu beaucoup de poids à ce moment-là et moi je suis petite mais je suis plutôt sèche et après il y avait le côté du papa ou... Dans la famille ils sont un peu plus... Un peu plus planté. Du coup, je ne voulais pas accentuer là-dessus et ça a été plutôt un regard médical qui a été porté sur C.

3) *Votre réaction ?*

Alors moi, quand on en a parlé c'était l'accompagner, son papa en avait conscience aussi, et c'était l'accompagner sur le fait de limiter les bêtises et les cochonneries et d'ouvrir un peu son alimentation à plusieurs choses

Ce n'était pas une alerte, elle était en haut des courbes mais elle n'était pas ni dans l'obésité, bon voilà... c'était plutôt une alerte, une prévention, préventif. Après moi, mon souci c'était rapidement de l'amener à une prise de conscience avant. Il se trouve que j'ai été entourée dans ma jeunesse par des copines qui étaient anorexiques, boulimiques etc... À l'adolescence. Et j'ai aussi autour de moi, professionnellement, des collègues qui ont été confrontées à ça en tant que maman et du coup et je ne voulais pas du tout mettre une focale là-dessus. Et d'ailleurs je n'en parle pas, je vous dis elle se pèse toute seule et quand elle me le dit, elle me le dit et quand elle ne me le dit pas...

L'essentiel pour moi, c'est de voir qu'elle grandit et qu'elle s'affine. Son frère aussi est passé par une période rondelette qui est complètement gommée.

Et quand on en reparle ?

Non, moi ce qui me... Elle, elle a l'air assez bien dans sa peau hein voilà. Ça ce qui est important en tant que maman elle a compris certaines choses. Elle est assez bien dans sa peau sauf juste par rapport à cette sangle abdominale qu'elle n'arrive pas bien à muscler encore malgré tous les efforts qu'elle peut faire. Euh voilà, moi je fais attention, j'essaye de diversifier son alimentation, elle vit avec moi aujourd'hui. Voilà, moi je suis qqn qui fait attention à ne pas trop voilà, si on mange des féculents, le soir je ferai des légumes, j'essaye de varier son alimentation, au moins un féculent, légume. Bon la viande le midi pas le soir, on essaye de juguler tout ça. Après, Je ne mets pas non plus d'interdit. il m'arrive d'acheter des chocolats, Je ne pose pas d'interdit.

Son souci à elle, c'est quand elle rentre du collège parce qu'au collège, elles ne se nourrissent pas bien et elle rentre il est 5 h, 5 h et demi et elle va faire pain, chocolat et si je ne fais pas attention, elle peut manger plus que ce qu'elle devrait manger.

4) Et sur son état de santé globale ?

Non, non elle est en bonne santé. Après elle a eu une IPLV pendant 1 an jusqu'à l'âge de 18 mois, donc du coup, voilà l'alimentaire ça a été un peu plus compliqué des fois.

5) Et cette surcharge pondérale, ça vous inquiète pour sa santé ?

Non, franchement pas, franchement pas. Bon, après moi je connais aussi, y a les contextes familiaux bon une séparation ce n'est jamais anodin pour les enfants également donc ça a été compliqué en plus pour C. Mais bon franchement en tant que maman je ne suis pas inquiète. Elle ne sera jamais, je pense qu'elle ne sera pas sèche mais elle sera musclée, elle a pris conscience. En tant que maman ce qui est important que son enfant s'aime quoi. Et je pense qu'elle connaît euh... ce qu'elle a traversée à faire des efforts, bon elle le fait mais des fois elle se lâche.

6) Et pour vous, ça viendrait d'où son problème de poids ?

Je me suis beaucoup questionné par rapport à tout ça, moi j'ai toujours fait attention à mes enfants. Pour autant, franchement je me suis beaucoup questionnée parce qu'enfant que ça soit chez nounou ou à la maison, j'ai des enfants qui n'ont jamais mangé de petits pois de leur vie quoi.

Ça a toujours été de la nourriture maison, voilà, je n'ai jamais acheté d'alimentation industrielle, hormis du pain de mie, des gâteaux, du chocolat, peut être que la déviance elle a pu être un peu là, avec en grandissant finalement... Les repas n'étaient pas industriels mais tout ce qui est sucré pouvait être industriel... (*blanc*)

Des yaourts sucrés, ou des crèmes, bon j'aime pas faire les desserts donc bon peut-être, peut-être que ça peut venir de là. Après ils n'ont pas plus que ça aux bonbons, elle, elle y a trouvé son refuge. Je n'habite pas très loin d'un lieu où il y a des bonbons et si elle peut, elle va s'acheter des bonbecs.

Bon après pour ne rien vous cache, des 2 cotés, on aime la bonne chère, elle a un grand père qui est cuisinier. Je suis désolée, on a fait des pâtes à midi, on s'est dit toutes les 2 pour que les pâtes soient bonnes il faut qu'il y ait beaucoup de beurre, c'est vrai, c'est vrai du beurre et du fromage râpé. Sinon les pâtes elles sont pas bonnes quoi !

Par contre, je lui fais prendre conscience que quand on mange des pâtes comme ça qui sont un peu plus chargées en graisse, euh là admettons elle est partie comme dessert elle a un bonbon Ferrero, vous allez me dire c'est pas bon non plus. Mais elle n'a pas pris de dessert quoi, elle a pris ça et elle est partie. Leur faire prendre conscience qu'il ne faut pas surcharger. Après les fruits et légumes oh C elle en mange un peu plus, fruits peut-être moins régulièrement.

7) Et l'activité physique ?

Jusqu'à l'année dernière, elle faisait 3 h de danse par semaine, là elle n'en fait plus que 1h30 de danse par semaine, elle fait 1h de gym, après avec le confinement c'est un peu plus compliqué. Après l'hiver elle fait du ski. Voilà, et la danse c'est régulier, elle a commencé la danse à l'âge de 4 ans, ça fait 9 ans qu'elle fait de la danse. Elle a fait pendant longtemps du classique et du jazz, et maintenant elle en est au jazz.

Quand on fait 3h par semaine plus le sport au collège. Je pense on peut toujours en faire plus, bien sûr... Mais c'est déjà pas mal, je me dis être dans la régularité, l'assiduité, 3 h par semaine, c'est pas mal. Là cette année, elle a voulu essayer la gym, elle n'avait jamais fait de la gym, et voilà... L'initiative vient d'elle elle est vraiment épanouie là-dedans, je pense qu'elle galère un peu, ça lui demande énormément d'effort la gym mais elle a l'air très heureuse, je pense qu'elle se retrouve car il y a plus d'énergie à dépenser dans la gym que dans la danse.

Et à l'école ? Ils ont 3 h de sport.

8) Au niveau des écrans, vous trouvez qu'elle en fait beaucoup ?

Ouais là on passe sur l'âge ... jusqu'à maintenant elle n'était pas là-dedans bon la franchement depuis l'entrée en 6ème, bon les filles c'est Instagram, c'est tiktok, c'est YouTube, je ne sais pas il regarde des vidéos, il ne faut pas comprendre. Son frère c'est les jeux, mais elle pas du tout, elle n'est pas sur les jeux. Effectivement, elle passe du temps sur les écrans, et télé aussi. Par jour, si elle ne va pas au collège, nous sommes à 3 h certainement.

J'essaie de limiter le soir à ce que le téléphone soit posé à 21 h, elle ne dort pas avec le téléphone, la règle à la maison c'est pas de téléphone dans la chambre. Elle travaille beaucoup avec la psycho là-dessus, sur la gestion des écrans, la gestion des réseaux sociaux, tout ça. Après le contrat c'est que ça se passe bien à l'école, c'est le cas euh donc bon j'essaie de jauger, après si on l'initie à autre chose et si on lui demande une autre activité elle arrive à lâcher et à faire. Après il passe un temps fou les gamins à parler sur les réseaux sociaux, ils ne s'envoient plus de textos, ils se parlent maintenant.

Qui fait la cuisine ? La cuisine, on l'a fait tous les 3, son frère s'y colle aussi. Elle est plus axée sur du sucré, elle fait les gâteaux et les desserts plus facilement que le salé, après globalement c'est moi. 90% du temps c'est moi.

Et vous avez une garde alternée avec le papa ?

Depuis la rentrée, C vit à la maison et elle y va 2 week-ends et son frère vit chez son père et vient 2 week-ends par mois, ils passent tous les week-ends ensemble les enfants.

9) Pour vous, pour la maintenir en bonne santé ?

On peut toujours s'améliorer, c'est le propre de tout le monde. Bon maintenant je n'achète que des produits frais, je cuisine, je n'achète pas de produits industrialisés ou tout fait ou rarement ! Si, ça m'arrive, ça va être les trucs vietnamien ou japonais tout fait, mais de temps en temps. Je suis qqn qui est très attachée au fait de faire quoi. Donc oui, On peut toujours s'améliorer mais je trouve que ce n'est pas trop mal.

Il n'y a pas de soda en libre accès, les sodas c'est le WE parce que c'est un temps où on se retrouve donc la oui. J'ai réfléchi et je pourrais m'améliorer sur le jus d'orange tous les matins parce qu'ils ne sont pas bons ces jus d'orange. Mais bon a un moment donné, on ne peut pas être au top partout. *(rires)*

10) Connaissez-vous différentes professions pouvant intervenir dans la prise en charge de votre enfant en Ariège ?

Beh de ce côté-là, déjà, quand on est suivi par un pédiatre euh... normalement les pédiatres euh... Enfin ça euh... et puis elle est top sa pédiatre ! Il y avait un chouette pédiatre et quand il est parti il m'a donné le nom de quelqu'un, ma fille y va toujours et tous les trois mois donc déjà je pense que la pédiatrie voilà, ils sont quand même spécialisés là-dedans euh... Bon notre médecin c'est Dr. X., elle est aussi axée beaucoup là-dessus donc euh... Après, d'autres réseaux oui, bien sûr je connais des diététiciens. Bien sûr, s'il avait fallu que je me pose d'autres questions, je pense que j'aurais trouvé les moyens d'y répondre.

11) Avez-vous déjà eu recours à des professionnels de santé pour la prise en charge de votre enfant ?

Le pédiatre, c'est tout.

12) Connaissez-vous le réseau RéPPOP ?

Non, pas du tout.

C) Attentes des parents pour améliorer la prise en charge

Ce qui pourrait aider leur enfant selon eux

13) Que devrait faire votre enfant selon vous pour améliorer son état de santé ?

(Une modification de de son taux d'activité physique ? Par un rééquilibrage alimentaire ? Par d'autres alternatives ? (Prise en charge psychologique / thérapies non médicamenteuses / thérapeutiques médicamenteuses).

Ben... elle devrait continuer à faire du sport comme elle en fait *(rires)* pfff.. et limiter un peu plus certainement l'aspect sucré voilà et... Euh *(souples)*... Je pense qu'elle fait déjà pas mal de choses pour juguler tout ça. Après l'adolescence est une période quand même où on rentre dans un moment où euh... il faut les accompagner mais pas leur mettre la pression non plus car chez les filles il peut après y avoir une tendance à se focaliser bcp trop sur le corps ... l'essentiel c'est qu'elle soit bien dans sa peau !

Il faudra certainement qu'elle fasse attention, mais j'ai eu fait attention moi aussi dans ma jeunesse, j'étais plus ronde que maintenant, et surtout plus petite *(rires)*.

14) Qui sont les mieux placés pour l'aider ? Qui d'autre ?

D'abord c'est elle, c'est sa volonté a elle, elle est la principale intéressée. Elle est à un âge où elle peut se prendre en charge donc ça je pense qu'elle le fait. Après, elle a une certaine liberté de parole avec la pédiatre et je pense que l'accompagnement se passe bien par rapport à ça, il y a un vrai échange là-dessus. Je pense qu'à l'adolescence c'est bien que ça soit externalisé du papa ou de la maman enfin voilà, elle a un excellent rapport avec sa pédiatre elle est dans un climat de confiance, avec sa psychologue aussi, aujourd'hui elle porte le bon regard sur elle-même.

Moi j'aurais fait autre chose si j'avais senti vraiment qu'elle n'était pas à l'aise avec elle-même, de ne pas la voir progresser ou avoir envie à l'adolescence d'être féminine etc... Non pas du tout je la sens bien. Elle a compris que voilà, il faut faire avec ce que l'on est comme type de morphologie, on n'est pas tous pareil, ça va se stabiliser après. Mais il faut accepter la morphologie que l'on a et, il y a des choses, l'ossature admettons c'est quelque chose qu'on ne peut pas changer, euh.... La masse graisseuse bien sûr mais le reste euh non quoi, donc c'est juste qu'elle trouve le bon tempo et la juste mesure pour être à l'aise. Et je compte sur l'adolescence, aussi !

Si ça n'avait pas été le cas, je me serais tournée vers sa pédiatre pour qu'elle m'envoie vers des personnes adaptées.

15) Si l'on devait imaginer une prise en charge idéale, quelle serait-elle selon vous ? (Quelle fréquence ? par qui ? Sur quelle durée ? (Des consultations dédiées ? SSR ? Ateliers diététiques ?)

Alors moi j'y vais tous les 3 mois et je pense que c'est important. 3 à 6 mois voilà. Je pense que chez un enfant en 3 à 6 mois il y a beaucoup de choses qui peuvent se passer, qui peuvent se jouer, et un regard médical c'est pas mal. Euh... Et vraiment, je reviens sur la notion pédiatrique, je pense que c'est très important. Il y a beaucoup de gens qui souvent abandonnent ces sujets-là. Moi XX j'ai repris quand justement, euh... Il y a une phase où elle n'était suivie que par son médecin traitant car son pédiatre est parti euh... Puis y'a un moment donné où je me suis dit qu'il y avait vraiment besoin d'un suivi médical spécialisé enfant. J'ai repris le suivi vers 8-9 ans.

Je crois que la clef d'entrée est médicale, que c'est au médecin d'orienter. Je pense que, bon elle, elle ne rentrait pas dans ce schéma-là, mais si j'avais eu besoin de me confronter à ça, je pense que l'atelier il... il ne faut pas stigmatiser alors euh... ne pas stigmatiser c'est aussi ouvrir au collectif et non pas à l'individuel parce que l'individuel ce n'est que le regard sur soi et donc si j'avais dû vraiment me confronter à ça je pense que oui le collectif aurait été quelque chose de bien. Les ateliers, ça permet entre enfants, sans qu'il y ait les parents, d'échanger sur leurs difficultés. Ou des échanges de pratique, voilà, je ne sais pas comment on peut appeler ça mais euh... il y a une ouverture au cours l'école primaire à tout ça, on leur parle de la diététique et de tout ça et après, rapidement, on ne leur en parle quoi ! Au collège, ils essayent soi-disant de faire attention, je suis parent d'élève, et au niveau du self mais ce n'est pas du tout vrai !

16) Quelle place doit remplir l'école et l'éducation nationale dans ce domaine selon vous ?

L'école, par rapport à plein de choses hein ! par rapport à ça, par rapport aux réseaux sociaux, par rapport à l'évolution de la société oui je pense que, alors Attention par ce que ce n'est

pas l'école qui doit remplacer les parents et le côté éducatif ça appartient bien aux parents ça n'appartient pas à l'école euh... mais l'école contribue à l'ouverture d'esprit et à la prise de conscience et notamment quand euh... école veut dire cantine etc.. il peut y avoir aussi un apport de connaissance sur « qu'est-ce que ça veut dire un équilibre alimentaire ? », oui je pense que c'est important.

Finalement ce n'est pas en primaire que ça se joue ! Allé, on va dire que ça se joue, pour les filles, CM2-sixième, juste la préadolescence, avant qu'elles soient réglées donc hormonalement il y a tout qui bouge et, ben son frère, ça a été pareil mais il s'est affiné en quatrième/troisième.

Moi je pense donc que oui, l'école doit avoir une place mais maintenant l'école on leur en demande beaucoup. Je ne sais pas sur quel temps mais, tout comme l'éducation sexuelle et le rapport à l'autre, vu ce qu'on vit actuellement, cela doit faire partie des choses sur lesquelles l'éducation nationale devrait y mettre une attention, un accompagnement. Je ne sais pas sous quel type mais oui.

Ce qui pourrait les aider personnellement

17) Quels outils pourraient vous aider dans votre vie quotidienne pour maintenir vos objectifs ?

Je pense que, il se trouve que leur papa est allé voir une diététicienne et je m'étais intéressé à l'aspect calorie, à l'aspect enfin voilà... Je m'adapte à ça ! Et j'avais découvert des choses ! Car je pense que je mange relativement équilibré, je fais attention, mais on ne connaît pas toujours tout. Je pense que les parents devraient aussi être accompagnés sur « Qu'est-ce que la diversité alimentaire ? Un équilibre alimentaire ? », et (*rires*) je vais aller au-delà même je pense que lorsque les jeunes filles elles sont réglées il y a une histoire par rapport aux cycles... et par rapport aux hormones et par rapport à ce cycle, où il y a des pics alimentaires voilà hein, sur le cycle d'une femme c'est plus compliqué quoi.

Je crois que cela passerait par des partages ... après il faut rencontrer les bonnes personnes ! Moi je me suis posé ce genre de questions, aujourd'hui ça fait partie des choses que je peux partager avec des personnes de mon entourage donc c'est pareil hein, si j'étais confronté à ça peut-être des ateliers je ne sais pas... euh ... Je ne crois pas trop aux campagnes publicitaires, surtout que je ne regarde pas la télé donc vous allez être embêtés avec moi (*rires*). Une sensibilisation des parents c'est certain, au même titre que les enfants.

18) Qu'est-ce qui vous limite pour améliorer la prise en charge ? Avez-vous une idée pour contourner ces problèmes ? (Problèmes d'argent ? de temps ? des transports pour aller au sport ? etc...)

Il y a des réalités économiques et des réalités temporelles ; Quand on veut bien faire, acheter tout comme il faut et tout ça, il y a une réalité économique ça c'est certain ! Donc beh hein... voilà hein... Tout le monde ne peut pas rentrer dans ces cases-là c'est certain ! Ou si, justement, enfin... en fait je pense qu'il faut détricoter les représentations qu'on peut avoir !! Souvent les gens ils achètent des trucs industriels et ils disent « oui, ça coûte moins cher que

d'acheter et de faire à manger ! » mais c'est faux. C'est faux parce qu'on paie le conditionnement, on paie toutes les saloperies et c'est pas vrai ! Donc je pense que par contre, par rapport à ça il y a un vrai accompagnement social à mener sur euh... le fait que de faire la cuisine ne coûte pas plus cher, même pour une famille nombreuse, que d'acheter des produits industriels.

Après, il y a aussi une réalité autre, c'est qu'on est une société où tout va vite et où on travaille, tous, et faire la cuisine c'est aussi du temps euh ... donc c'est une organisation, voilà !! Moi je fonctionne depuis toujours comme ça. Le week-end, je réfléchis à ce que je vais faire la semaine mais, voilà c'est une anticipation de faire la cuisine ! Ça veut dire qu'il faut peut-être aider les gens à anticiper mais il faut en avoir envie ! *rires*

Je ne suis pas du style à... J'ai des copines qui font ça hein, qui ont des menus prédéfinis pour toute la semaine, mais moi pas du tout. Je laisse une part à la fantaisie. Mais malgré tout je sais ce que j'ai dans le frigo et je sais à peu près où je vais. Mais quand on veut faire la cuisine, ça veut dire qu'une heure avant il faut aller en cuisine.

D) Et le médecin généraliste, quelle est sa place et son rôle selon vous ?

21) Quel rôle lui souhaitez-vous que votre médecin généraliste remplisse ? (Adressage vers confrères ou diet ou autre, ou bien un rôle à part entière ?)

Pour moi le rôle d'un généraliste est d'être dans le conseil euh... et dans de l'anticipation. Après ils ont du mal à être là-dedans parce que les gens en général ils vont voir leur généraliste quand ils sont malades donc euh... on n'est plus du tout là-dedans. Moi je n'ai pas cette relation-là euh... voilà ! mon médecin traitant reçoit les enfants au moins une fois par an pour les certificats médicaux de sport, ça a toujours été depuis qu'ils sont tout petits. Donc l'aspect préventif je le mets en place. Mais l'aspect préventif euh..., les gens ils ne vont pas chez le médecin pour de la prévention, ils y vont quand ils sont malades ou qu'ils pensent que euh... Voilà ! Et c'est encore plus vrai avec les enfants !

19) A quel fréquence/quand doit il aborder le sujet ? A travers des consultations dédiées ou en systématique ?

Je ne sais pas moi comme je l'amène tous les 6 mois. Moi après elle est suivie mais je ne sais pas, à chaque fois le médecin traitant la pèse et la mesure hein... Moi j'ai une fille qui parle donc (*rire*) ça doit être difficile quand les enfants ne contribuent pas euh... moi elle contribue donc voilà ! Je pense que oui c'est aiguiller, c'est donner aux parents des clefs de lecture s'ils ne les ont pas.

20) Doit-il aborder spontanément la question ou attendre que vous l'évoquiez ?

Je suis dans les RH (*rires*) donc je vais vous répondre que c'est une relation de confiance ! Et là, on est dans une contractualisation d'une relation de confiance donc je pense que le généraliste, soit il y a une « alliance de travail » médicale qui est posée avec le patient et dans ce cas-là les choses vont fonctionner et ce n'est même pas la peine de se poser la question si c'est le généraliste ou pas, ça va venir spontanément euh... si ça, ça n'est pas il faut trouver le bon moment, le juste milieu, voilà ...

Il y a des gens qui ne supporteront pas qu'on aborde ce problème-là comme ça, donc ça c'est une question de bon sens et de relation de confiance de savoir à quel tempo. Cela appartient

au médecin ça. Je trouve qu'aujourd'hui, justement, ces professions ont évolué, parce qu'il y a moins euh... Enfin moi je me souviens hein quand j'étais petite le médecin de famille voilà, il nous a tous suivis, c'était hyper important ! Après, du coup, j'ai gardé ce rapport-là moi malgré tout. Quand j'ai eu les enfants, j'ai changé de médecin généraliste parce que c'est quelqu'un de très très bien avec qui je n'avais aucun souci de confiance médicale, mais par rapport aux enfants j'avais besoin qu'il y ait plus de « douceur ». Il était très compétent mais bon voilà, j'ai eu la notion que, par rapport aux enfants, par rapport aux vaccins, les enfants n'étaient pas assez dans la relation de confiance. Moi j'étais dans la relation de confiance avec mon médecin avant mais il y avait une relation à l'enfant plus compliquée donc je suis allé chercher quelqu'un qui répondrait plus à cet accompagnement-là. Ça n'a rien à voir avec la compétence, c'est plus l'aspect relation humaine.

Annexe n°6 : Tableau d'étude de la population

Caractéristiques des populations étudiées

Caractéristiques du parent inclus :

Entretien N°	Sexe	Age	IMC / statut pondéral du patient inclus	Profession du patient	Lieu de vie	Situation familiale des parents de l'enfant	Nombre d'enfants du foyer familial au total
1	Femme	40	IMC 21	Assistante vétérinaire	Rural	En couple	2
2	Femme	36	IMC 21,83	Aide-soignante	Rural	En couple	2
3	Femme	42	Corpulence normale	Cadre ressources humaines	Urbain	Séparés	2
4	Homme et femme	49 ans Femme 55 ans Homme	Père surpoids ; Mère « normale »	Père chauffeur-livreur ; Mère aide-soignante	Rural	En couple	1 (3 autres enfants vivant seuls)
5	Femme	40	Corpulence normale	Agent de police	Rural	En couple	2
6	Femme	46 ans	Obésité	Sans emploi	Rural	Séparée	3
7	Femme	45 ans	Normal	Salariée	Rural	En couple	2
8	Femme	49 ans	Normal	Fonctionnaire	Rural	Séparée	3
9	Femme	40 ans	Normal	Libérale médicale	Urbain	Couple	2
10	Femme	26 ans	Maigreur	Sans emploi	Rural	En couple	2

Annexe n°7 : tableau d'étude des enfants

Caractéristiques des enfants

Entretien N°	Sexe	Age	Poids	Taille	IMC	Statut pondéral	Nombre d'heure d'activité physique extrascolaire par semaine en moyenne	Autre personne du foyer en surcharge
1	Masculin	11	67	158	26,8	Obésité	3-4h	Oui (sœur)
2	Masculin	11	52	151	22,8	Surpoids	3h30 à 8h	Non
3	Féminin	12	61	156	25	Surpoids	3h	Non
4	Féminin	6,5	35	126	22,2	Obésité	0h	Oui (père surpoids)
5	Masculin	9	47	130	27,8	Obésité	4h30	Oui (père)
6	Féminin	13	97	161	37,4	Obésité	0h	Oui (mère obèse, sœur obèse)
7	Féminin	13	70	170	24,2	Surpoids	<1h, en famille	Non
8	Masculin	15	95	160	35,1	Obésité	0h	Oui (père + 1 frère en surpoids)
9	Masculin	12	61	164	22,7	Surpoids	6h	Oui (père en surpoids)
10	Féminin	10	40,5	138	22,2	Surpoids	4h handball + 1h en famille	Oui (père surpoids)

Annexe n°8 : liste des medecins généralistes référents RéPPOP

ARMADEIL	Laura	8 avenue des Ecoliers	0 9 000	SAINT JEAN DE VERGES	05 61 05 31 70	Généraliste
BACHELARD	Elisabeth	Maison de santé pluridisciplinaire, avenue de l'Europe	09320	MASSAT	05 61 66 32 33	Généraliste
BORDES	Françoise	4 rue de la Poste	09350	DAUMAZAN SUR ARIZE	<u>05 61 69 80 07</u>	Généraliste
CASTIES	Sabine	3, rue Louis Pasteur	09700	SAVERDUN	05 61 60 32 10	Généraliste
CLEMENT	Chloé	Pôle de santé des deux Vallées, rue du Pont Neuf	09140	SEIX	05 61 01 01 71	Généraliste
COME	Thierry	6, avenue Général Leclerc	09100	PAMIER	05 61 60 61 88	Généraliste
CONNAULTE	Stéphanie	Groupe médical 28 Av Pierre SEMARD	09600	LAROQUE D'OLMES	06 89 94 11 30 (perso) 05 61 01 04 52	Endocrinologue
CRESPY	Thierry	13, avenue Pierre Semard	09600	LAROQUE D'OLMES	05 61 01 04 52	Généraliste
DURIEZ	Virginie	2 route de Toulouse	0 9 130	LE FOSSAT	05 61 68 50 03	Généraliste
GOUNOT	Cyrille	Maison de Santé Trotula de Salerne, 3, rue François Jacob	09500	MIREPOIX	05 31 41 11 24 05 31 41 11 30	généraliste
HAGEGE-CHANOT	Aude	18 rue Gaston de Foix	09100	SAINT JEAN DU FALGA	05 61 36 27 13	Pédiatre
IOZZIA	Séverine	2 bis avenue Pierre Semard	09600	LAROQUE D'OLMES	05 61 01 04 52	généraliste
MONTAUD	Catherine	3, rue Paul Laffont	09000	FOIX	05 61 02 81 55	Pédiatre
MUR	Claudine	36 bis, route de Belpech	09100	PAMIER	05 61 60 65 77	Endocrinologue
PAUBERT	Yves	22 bis, rue René Cassin	09300	LAVELANET	05 61 01 86 16	Généraliste
VICQ	Jean-Louis	52, bd Frédéric Arnaud	09200	ST GIRONS	05 61 66 61 22	Généraliste
VILLANOU	Jean-Paul	12, rue Bernard Saisset	09100	PAMIER	05 61 60 63 62	Généraliste

Annexe n°9 : Algorithme des trois niveaux de prise en charge



Parcours de soins de l'enfant et adolescent en surpoids ou obèse

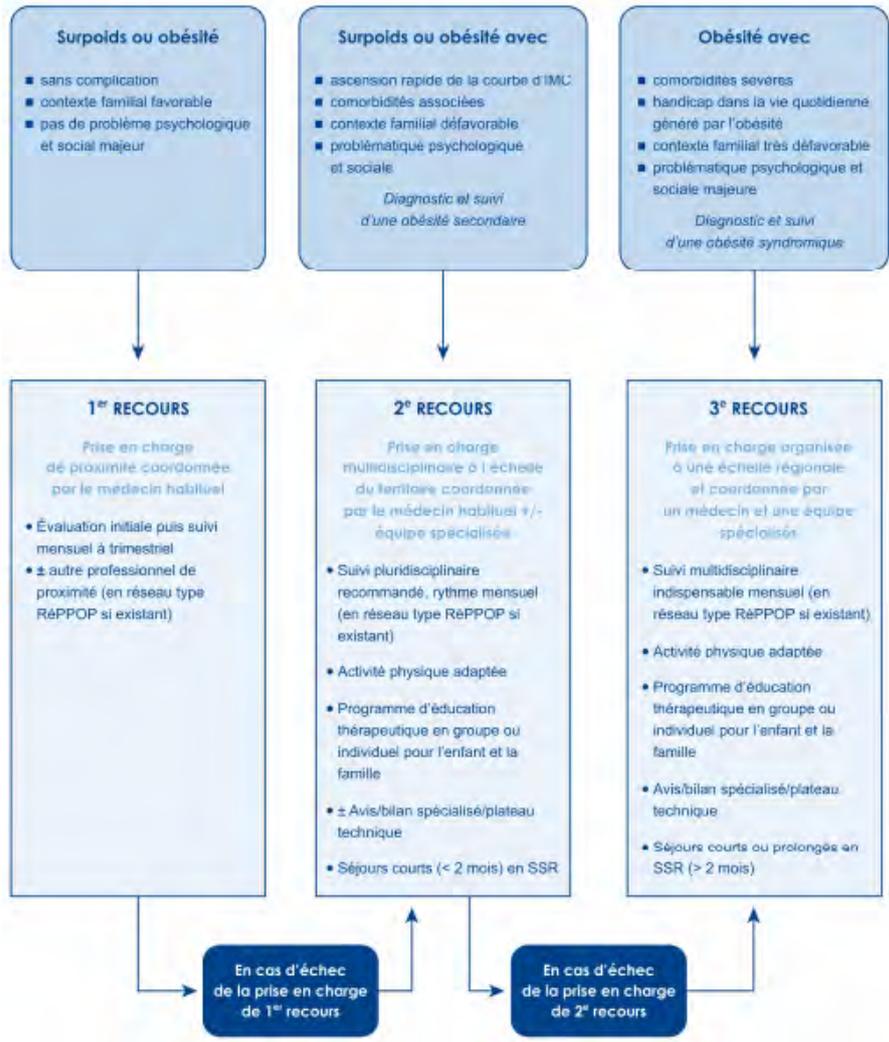


Figure 5. Algorithme des trois niveaux de prise en charge

Annexe n°10 : Liste des SSR en Occitanie

Département	Structure d'accueil	Public concerné	Durée et modalités de séjour
31 – Haute Garonne	Centre ASEI Paul Dottin 26, Avenue Tolosane 31520 Ramonville-Saint-Agne ☎ : 05 61 75 39 07 (M.Villaret) ☎ : 05 61 75 39 48	3 à 20 ans Scolarité intégrée	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de 6 à 8 semaines renouvelables • Séjours parent-enfant
34 – Hérault	Institut Saint-Pierre 371, Avenue l'Evêché de Maguelone 34250 Palavas-Les-Flots ☎ : 04 67 07 75 00 ☎ : 04 67 68 44 64	0 à 18 ans Scolarité intégrée	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours parent-enfant (5 jours jusqu'à 10-12ans) • Séjours d'éducation thérapeutique pendant les vacances scolaires : 5 jours jusqu'à 10-12 ans ou 12 jours à partir de 11 ans • Hors vacances scolaires : 6 à 7 semaines à partir de 12 ans Possibilité d'un hébergement de la famille à un prix préférentiel à proximité
48 – Lozère	SSR Pédiatrique les Écureuils Route De Nasbinals 48100 Antrenas ☎ : 04 66 42 50 90 ☎ : 04 66 32 33 67	6 à 17 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de 3 mois (intégration dans un milieu scolaire classique pendant la période d'hospitalisation) • Séjours de 1 semaine (2 fois par an pendant les vacances scolaires de novembre et de février) • Séjours de 5 semaines (période de juillet) Le programme comporte 9 séances animées par une équipe pluridisciplinaire. 6 à 8 patients maximum par séance.
65 – Hautes Pyrénées	Maison d'enfants Diététique et Thermale Rue de Provence 65130 Capvern Les Bains ☎ : 05 62 40 90 90 ☎ : 05 62 40 90 80	Obésité de 7 à 17 ans Scolarité à Notre Dame de Garaison : <ul style="list-style-type: none"> • École primaire • Collège (DP6, BEP, Compta, BEP vente) • Lycée 	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours courts : 2 à 3 semaines • Séjours à l'année
66 – Pyrénées Orientales	Pôle pédiatrique de Cerdagne ALEFPA 2, Avenue du Carlit 66340 Osséja ☎ : 04 68 30 72 00 ☎ : 04 68 30 72 01	10 à 17 ans Scolarité au sein de la structure : <ul style="list-style-type: none"> • Primaire (CLISS) • Collège • Lycée technique (secrétariat, hôtellerie, électrotechnique) • Lycée général par correspondance (CNED) 	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de soins enfants/parents 3 semaines, • Séjours de soins enfants et adolescents incluant la scolarité (+ trimestre) • Séjours courts enfants et adolescents durant les vacances scolaires • Hospitalisation à Temps Partiel Possibilité d'accueillir les familles Possibilité d'hospitalisation à Temps Partiel surpoids/obésité enfants/parents sur le site de CABESTANY
	Les Tout-Petits 3, Promenade de La Grange 66760 Bourg Madame ☎ : 04 68 04 50 59 ☎ : 04 68 04 54 72	1 à 10 ans Pas de scolarité	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours courts parent-enfant Variabilité du séjour selon le programme de la prise en charge

CHASTEL Kévin
VANRYSEL Marie-Josèphe

2021 TOU3 1059
2021 TOU3 1060

**ETUDE QUALITATIVE SUR LE VECU ET LES ATTENTES DE PARENTS
CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LEURS ENFANTS EN SURPOIDS OU
OBESES AGES DE 5 A 16 ANS EN ARIEGE**

Directrice de thèse : Docteur Odile BOURGEOIS

Lieu et date de soutenance : Thèse soutenue à Toulouse le 6 juillet 2021

RESUME EN FRANÇAIS :

Introduction : L'obésité est un problème de santé publique mondiale touchant tous les âges de la vie, y compris la population pédiatrique. En France, cela concerne environ 18% des enfants. La place des parents dans la prise en charge est primordiale. L'objectif de ce travail était d'étudier le vécu et les attentes des parents d'enfants en surcharge pondérale en Ariège, département le plus touché selon des études épidémiologiques menées en Occitanie, pour essayer d'apporter des pistes d'amélioration dans la prise en charge.

Matériel et Méthode : De novembre 2020 à mars 2021, des parents d'enfants en surpoids ou obèses de 5 à 16 ans vivant en Ariège ont été sollicités pour réaliser des entretiens semi-dirigés. Le recrutement a été effectué auprès de médecins généralistes majoritairement maître de stage universitaire.

Résultats : 10 familles ariégeoises ont été incluses au total. Les entretiens ont mis en lumière l'importance de réaliser une annonce claire et précise aux parents comme aux enfants, la nécessité d'un suivi régulier avec un rythme de consultation adapté à chacun et un besoin d'information des parents en termes de nutrition et d'éducation à la santé. Un travail d'autonomisation de l'enfant semblait primordial. L'éducation nationale semblait y avoir un rôle à jouer, par une amélioration de la restauration scolaire et davantage de mesures éducatives.

Conclusion : Une amélioration des compétences des médecins traitants en matière de nutrition via des formations régulières semblerait nécessaire, pour augmenter leur réactivité et accélérer les annonces aux patients. Utiliser les réseaux de soin déjà existants pour dispenser ces formations permettrait la promotion de ces réseaux auprès des acteurs de terrains, en accélérant la communication autour de leur existence et des membres qui les composent. On pourrait aussi imaginer le recours aux associations de parents d'élèves pour la réalisation de soirées sur le thème de la nutrition faites par les parents pour les parents, pour toucher un public le plus large possible tout en gardant une proximité rassurante.

TITRE EN ANGLAIS: Qualitative study about experiences and expectations of parents concerning to the management of their overweight or obese children aged from 5 to 16 years old in Ariège

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : médecine générale

MOTS-CLÉS : Ariège, obésité, vécu, enfants, attentes, étude qualitative, parents,

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse
