



HAL
open science

Intérêts et limites perçus par les parents d'enfants en surpoids de leur prise en charge en soins primaires par des infirmières d'éducation thérapeutique du réseau ASALEE, une étude qualitative en Ille-et-Vilaine

Alice Legrand

► **To cite this version:**

Alice Legrand. Intérêts et limites perçus par les parents d'enfants en surpoids de leur prise en charge en soins primaires par des infirmières d'éducation thérapeutique du réseau ASALEE, une étude qualitative en Ille-et-Vilaine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02561946

HAL Id: dumas-02561946

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02561946v1>

Submitted on 10 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2019



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Alice LEGRAND

Née le 13 février 1990 au Mans

Intérêts et limites perçus par les parents d'enfants en surpoids de leur prise en charge en soins primaires par des infirmières d'éducation thérapeutique du réseau ASALEE, une étude qualitative en Ille-et-Vilaine.

Thèse soutenue à Rennes, faculté de médecine le 24 juin 2019

devant le jury composé de :

Jean-François VIEL

Professeur des universités et praticien hospitalier
Service d'Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention, CHU de Rennes, *Président du jury*

Philippe VIOLAS

Professeur des universités et praticien hospitalier
Service d'orthopédie pédiatrique,
CHU de Rennes, *Assesseur*

Laure FIQUET

Médecin généraliste, Maître de Conférence
des universités de Médecine générale à Rennes,
Assesseur

Pierre-Antoine MOINARD

Médecin généraliste, *Directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| NOM | PRENOM | TITRE | CNU |
|-----------------|-----------------|---------------------|---|
| ANNE-GALIBERT | Marie-Dominique | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| BARDOU-JACQUET | Edouard | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BELAUD-ROTUREAU | Marc-Antoine | PU-PH | Histologie ; embryologie et cytogénétique |
| BELLISSANT | Eric | PU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| BELOEIL | Hélène | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| BENDAVID | Claude | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| BENSALAH | Karim | PU-PH | Urologie |
| BEUCHEE | Alain | PU-PH | Pédiatrie |
| BONAN | Isabelle | PU-PH | Médecine physique et de réadaptation |
| BONNET | Fabrice | PU-PH | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| BOUDJEMA | Karim | PU-PH | Chirurgie générale |
| BOUGET | Jacques | Pr Emérite | Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie |
| BOUGUEN | Guillaume | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BRASSIER | Gilles | PU-PH | Neurochirurgie |
| BRISOT | Pierre | Pr Emérite | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| CARRE | François | PU-PH | Physiologie |
| CATROS | Véronique | PU-PH | Biologie cellulaire |
| CATTOIR | Vincent | PU-PH | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| CHALES | Gérard | Pr Emérite | Rhumatologie |
| CORBINEAU | Hervé | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| CUGGIA | Marc | PU-PH | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| DARNAULT | Pierre | PU-PH | Anatomie |
| DAUBERT | Jean-Claude | Pr Emérite | Cardiologie |
| DAVID | Véronique | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DAYAN | Jacques | Pr Associé | Cardiologie |
| DE CREVOISIER | Renaud | PU-PH | Cancérologie ; radiothérapie |
| DECAUX | Olivier | PU-PH | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| DESRUES | Benoît | PU-PH | Pneumologie ; addictologie |
| DEUGNIER | Yves | Pr Emérite | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| DONAL | Erwan | PU-PH | Cardiologie |
| DRAPIER | Dominique | PU-PH | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| DUPUY | Alain | PU-PH | Dermato-vénéréologie |
| ECOFFEY | Claude | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| EDAN | Gilles | PU-PH consultant | Neurologie |
| FERRE | Jean-Christophe | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| FEST | Thierry | PU-PH | Hématologie ; transfusion |
| FLECHER | Erwan | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| GANDEMER | Virginie | PU-PH | Pédiatrie |
| GANDON | Yves | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |

| | | | |
|---------------------|-------------|---------------------|---|
| GANGNEUX | Jean-Pierre | PU-PH | Parasitologie et mycologie |
| GARIN | Etienne | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| GAUVRIT | Jean-Yves | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| GODEY | Benoît | PU-PH | Oto-rhino-laryngologie |
| GUGGENBUHL | Pascal | PU-PH | Rhumatologie |
| GUILLE | François | PU-PH | Urologie |
| GUYADER | Dominique | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| HAEGELEN | Claire | PU-PH | Anatomie |
| HOUJOT | Roch | PU-PH | Hématologie ; transfusion |
| JEGO | Patrick | PU-PH | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| JEGOUX | Franck | PU-PH | Oto-rhino-laryngologie |
| JOUNEAU | Stéphane | PU-PH | Pneumologie ; addictologie |
| KAYAL | Samer | PU-PH | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LAMY DE LA CHAPELLE | Thierry | PU-PH | Hématologie ; transfusion |
| LAVIOLLE | Bruno | PU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| LAVOUE | Vincent | PU-PH | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| LE BRETON | Hervé | PU-PH | Cardiologie |
| LE GUEUT | Mariannick | PU-PH consultant | Médecine légale et droit de la santé |
| LE TULZO | Yves | PU-PH | Médecine intensive-réanimation |
| LECLERCQ | Christophe | PU-PH | Cardiologie |
| LEDERLIN | Mathieu | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| LEGUERRIER | Alain | Pr Emérite | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LEJEUNE | Florence | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| LEVEQUE | Jean | PU-PH | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| LIEVRE | Astrid | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MABO | Philippe | PU-PH | Cardiologie |
| MAHE | Guillaume | PU-PH | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| MALLEDANT | Yannick | Pr Emérite | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| MENER | Eric | Pr Associé | Médecine générale |
| MEUNIER | Bernard | PU-PH | Chirurgie digestive |
| MICHELET | Christian | Pr Emérite | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| MOIRAND | Romain | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MORANDI | Xavier | PU-PH | Anatomie |
| MOREL | Vincent | Pr Associé | Epistémologie clinique |
| MOSSER | Jean | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOURIAUX | Frédéric | PU-PH | Ophtalmologie |
| MYHIE | Didier | Pr Associé | Médecine générale |
| ODENT | Sylvie | PU-PH | Génétique |
| OGER | Emmanuel | PU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PARIS | Christophe | PU-PH | Médecine et santé au travail |
| PERDRIGER | Aleth | PU-PH | Rhumatologie |
| PLADYS | Patrick | PU-PH | Pédiatrie |
| RAVEL | Célia | PU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| REVEST | Matthieu | PU-PH | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |

| | | | |
|-------------------|---------------|------------|---|
| RICHARD DE LATOUR | Bertrand | Pr Associé | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| RIFFAUD | Laurent | PU-PH | Neurochirurgie |
| RIOUX-LECLERCQ | Nathalie | PU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROBERT-GANGNEUX | Florence | PU-PH | Parasitologie et mycologie |
| ROPARS | Mickaël | PU-PH | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| SAINT-JAMES | Hervé | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAULEAU | Paul | PU-PH | Physiologie |
| SEGUIN | Philippe | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| SEMANA | Gilbert | PU-PH | Immunologie |
| SIPROUDHIS | Laurent | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| SOMME | Dominique | PU-PH | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| SOULAT | Louis | Pr Associé | Médecine d'urgence |
| SULPICE | Laurent | PU-PH | Chirurgie générale |
| TADIE | Jean Marc | PU-PH | Médecine intensive-réanimation |
| TARTE | Karin | PU-PH | Immunologie |
| TATTEVIN | Pierre | PU-PH | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| TATTEVIN-FABLET | Françoise | Pr Associé | Médecine générale |
| THIBAULT | Ronan | PU-PH | Nutrition |
| THIBAULT | Vincent | PU-PH | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| THOMAZEAU | Hervé | PU-PH | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| TORDJMAN | Sylvie | PU-PH | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| VERHOYE | Jean-Philippe | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| VERIN | Marc | PU-PH | Neurologie |
| VIEL | Jean-François | PU-PH | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VIGNEAU | Cécile | PU-PH | Néphrologie |
| VIOLAS | Philippe | PU-PH | Chirurgie infantile |
| WATIER | Eric | PU-PH | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| WODEY | Eric | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| NOM | PRENOM | TITRE | CNU |
|----------------|-----------|------------|---|
| ALLORY | Emmanuel | MC Associé | Médecine générale |
| AME-THOMAS | Patricia | MCU-PH | Immunologie |
| AMIOT | Laurence | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| ANSEMI | Amédéo | MCU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BEGUE | Jean Marc | MCU-PH | Physiologie |
| BERTHEUIL | Nicolas | MCU-PH | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| BOUSSEMART | Lise | MCU-PH | Dermato-vénérologie |
| BROCHARD | Charlène | MCU-PH | Physiologie |
| CABILLIC | Florian | MCU-PH | Biologie cellulaire |
| CAUBET | Alain | MCU-PH | Médecine et santé au travail |
| CHHOR-QUENIART | Sidonie | MC Associé | Médecine générale |
| DAMERON | Olivier | MCF | Informatique |
| DE TAYRAC | Marie | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |

| | | | |
|------------------------|---------------------|------------|--|
| DEGEILH | Brigitte | MCU-PH | Parasitologie et mycologie |
| DROITCOURT | Catherine | MCU-PH | Dermato-vénéréologie |
| DUBOURG | Christèle | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DUGAY | Frédéric | MCU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| EDELIN | Julien | MCU-PH | Cancérologie ; radiothérapie |
| FIQUET | Laure | MC Associé | Médecine générale |
| GARLANTEZEC | Ronan | MCU-PH | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GOUIN épouse THIBAUT | Isabelle | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| GUILLET | Benoit | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| JAILLARD | Sylvie | MCU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| KALADJI | Adrien | MCU-PH | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| KAMMERER-JACQUET | Solène- Florence | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LAVENU | Audrey | MCF | Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé |
| LE GALL | François | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LE GALL | Vanessa | MC Associé | Médecine générale |
| LEMAITRE | Florian | MCU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MARTINS | Pédro Raphaël | MCU-PH | Cardiologie |
| MATHIEU-SANQUER | Romain | MCU-PH | Urologie |
| MENARD | Cédric | MCU-PH | Immunologie |
| MICHEL | Laure | MCU-PH | Neurologie |
| MOREAU | Caroline | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOUSSOUNI | Fouzia | MCF | Informatique |
| NAUDET | Florian | MCU-PH | Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie |
| PANGAULT | Céline | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| RENAUT | Pierrick | MC Associé | Médecine générale |
| ROBERT | Gabriel | MCU-PH | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| SCHNELL | Frédéric | MCU-PH | Physiologie |
| THEAUDIN épouse SALIOU | Marie | MCU-PH | Neurologie |
| TURLIN | Bruno | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VERDIER épouse LORNE | Marie- Clémence | MCU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| ZIELINSKI | Agata | MCF | Philosophie |

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur VIEL,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie sincèrement de l'attention portée à ce travail et de votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur VIOLAS,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je tiens à vous faire part de ma profonde gratitude pour votre disponibilité et l'intérêt porté à ce travail.

Au Docteur Laure FIQUET,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Merci de l'intérêt porté à ce sujet et merci pour votre engagement dans notre formation au sein du DMG.

Au Docteur Pierre-Antoine MOINARD,

Un très grand merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci de m'avoir accordé ta confiance en te lançant dans l'aventure de directeur de thèse pour la première fois à mes côtés. Ton expérience et ton soutien m'ont permis de mener ce travail sereinement.

Aux infirmières ASALEE d'Ille-et-Vilaine et particulièrement à Sophie et Stéphanie avec qui j'ai eu la chance de travailler au cours de mes stages et remplacements, vous faites un travail formidable! Merci pour votre disponibilité et votre aide tout au long de ce travail de thèse.

Aux parents qui ont accepté de participer à cette étude, de partager leur expérience au sein d'Asalée et de se livrer, je vous remercie du fond du cœur pour avoir rendu ce travail de thèse possible et l'avoir rendu si riche humainement.

A mes maîtres de stage, le Dr Aude Beaumanoir-Lambotte, Dr Muriel Cabotte-Carillon, Dr Vincent Chapin, Dr Ronan Denoual, Dr Cédric Fabre, Dr Vanessa Le Gall et Dr Nicolas Roger pour m'avoir accueillie dans vos cabinets et m'avoir enseigné le savoir faire et le savoir être d'un médecin de famille. Vous m'avez transmis la passion de notre métier, je vous en remercie.

A toute l'équipe de la maison de santé de Gévezé pour m'accorder votre confiance et m'avoir accueillie dans votre équipe de soins. Merci à Marie-Renée Toulet pour ta relecture attentive et tes conseils pertinents lors de la finalisation de cette thèse.

A Margaux NUEL, qui a accepté de réaliser un double codage des entretiens. Je te remercie pour tes conseils, la pertinence de tes remarques et pour tes lumières d'intello à chaque étape de notre internat et de mon travail de thèse. Tu as toute ma gratitude.

DEDICACES

A mes co-internes successifs, merci d'avoir partagé les doutes, les nuits blanches en garde, les galères et les râleries inhérentes à notre formation mais surtout les fous-rires et la bonne humeur.

A Gogo, Kiki et Tonton, mes génies préférés. Votre présence m'a été précieuse tout au long de ces trois années d'internat et l'est encore autant maintenant qu'il se termine. Vivement nos prochaines escapades italiennes!

Aux copains de Saint-Malo, Céline, Suzie, Thomas, Audrey, Flo pour les bons moments passés ensemble!

A Irina et Damien, mes derniers co-internes préférés, avec vous le Médipôle avait encore plus un air de vacances. Je souhaite que nos aventures se poursuivent encore longtemps malgré la distance.

A Mumu et à tous les copains de Koutio pour ce semestre de rêve en terre Kanake.

A mes parents: Merci d'avoir toujours été si compréhensifs. Votre présence, votre amour et votre soutien m'ont permis d'aller au bout de ces longues études. Merci Manouche pour les fameux "SOS p'tits gouters" qui ont sauvé ma première année, et merci Papa pour les bons petits plats pendant les révisions. Merci à Patrick pour cette ultime relecture.

A Soso, pour être ma petite sœur préférée. A mes côtés depuis toujours dans les bons et les mauvais moments, je suis heureuse de t'avoir à mes côtés dans ce moment si particulier. Je te souhaite de réaliser tous tes rêves.

A Quentin, mon grand-frère et à Clara, Romane et Mickaël, nos petits rayons de soleil. Je te souhaite de trouver le bonheur dans cette nouvelle vie qui débute.

Aux amis de Rennes et de Vitré, ceux qui aiment la galette-saucisse et les autres, merci pour votre présence et votre amitié de toujours. Je ne compte plus les bons moments ensemble, et je vous souhaite encore autant de belles soirées à rire de nos bêtises.

A Caro, Elise, Marie et Camille, merci pour les soirées filles-sushis, votre bonne humeur de toujours et votre amitié me sont précieuses. Merci pour votre soutien dans cette dernière ligne droite et pour votre présence en ce jour si particulier.

A mes beaux-parents, Sylvie et Alain, pour avoir été là quand il fallait et m'avoir encouragée. Merci pour votre soutien.

A Guillaume, parce que tu es celui qui donne du sens à tout ça. Merci d'avoir toujours été là, merci de ton soutien sans faille toutes ces années, ta confiance et ton amour m'ont permis d'avancer sereinement dans mes études et dans la vie.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCTION | 10 |
| 1. Définition du surpoids infantile | 10 |
| 2. Prévalence du surpoids infantile dans le monde et en France | 11 |
| 3. Le surpoids infantile, véritable enjeu de santé publique | 12 |
| 4. L'association ASALEE | 12 |
| II. MATERIEL ET METHODES | 13 |
| 1. Choix de la méthode de recherche | 13 |
| 2. Population étudiée | 13 |
| 3. Méthode d'échantillonnage, taille de la population, réalisation du guide d'entretien | 13 |
| 4. Recrutement des participants et déroulement des entretiens | 13 |
| 5. Analyse des données | 14 |
| 6. Considérations réglementaires | 14 |
| III. RESULTATS | 14 |
| 1. Déroulement des entretiens et caractéristiques sociologiques des personnes interrogées | 14 |
| 2. Histoire du surpoids de l'enfant et de la mise en place du suivi ASALEE | 15 |
| 2.1. Diagnostic et mise en place du suivi par le médecin traitant | 15 |
| 2.2. Histoire pondérale dans la famille | 15 |
| 2.2.1. Le surpoids, une problématique familiale | 15 |
| 2.2.2. L'importance du surpoids maternel dans le vécu du suivi | 16 |
| 2.3. Le vécu personnel et familial du surpoids de l'enfant | 16 |
| 2.3.1. Vécu de son propre surpoids par l'enfant lui-même, des avis mitigés | 16 |
| 2.3.2. Le surpoids de l'enfant, une source de conflit familial | 16 |
| 2.3.3. Pour les parents, une source de culpabilité, d'inquiétude, de souffrance | 17 |
| 2.3.4. A la maison, le surpoids est un sujet tabou | 17 |
| 3. Motivations et attentes en matière de prise en charge | 17 |
| 3.1. Une prise en charge préventive | 17 |
| 3.2. Une prise en charge parentale | 18 |
| 3.3. Une approche personnalisée basée sur l'empathie | 18 |
| 3.4. Les motivations des enfants à faire suivre leur surpoids | 18 |
| 3.5. Objectifs fixés par les parents | 19 |
| 4. Le déroulement du suivi ASALEE | 19 |
| 4.1. Avantages du suivi ASALEE perçus par les parents | 19 |
| 4.1.1. Un suivi de proximité, facile d'accès | 19 |
| 4.1.2. La disponibilité de l'IDSP permet un suivi personnalisé | 19 |
| 4.1.3. Mise en place d'un parcours coordonné | 20 |
| 4.1.4. Une prise en charge familiale | 20 |
| 4.2. Le protocole ASALEE et la personnalité de l'infirmière ASALEE | 20 |
| 4.2.1. Un programme de soin personnalisé | 20 |
| 4.2.2. Un langage et des outils adaptés à l'âge de l'enfant | 21 |
| 4.2.3. Une infirmière déléguée à la santé publique compétente | 21 |
| 4.3. Le réseau ASALEE, peu connu de ses usagers | 22 |
| 4.3.1. Peu d'intérêt porté à son fonctionnement et à ses champs de compétences | 22 |
| 4.3.2. Le réseau ASALEE est considéré comme bénéfique et à développer | 22 |
| 4.4. La place du médecin traitant dans le suivi ASALEE | 22 |
| 4.4.1. L'implication du médecin est appréciée mais pas indispensable | 22 |
| 4.4.2. Le médecin traitant n'est pas assez disponible | 23 |
| 4.4.3. Le surpoids ne relève pas d'une prise en charge médicale | 23 |
| 4.5. Avantages d'un suivi ASALEE par rapport à une prise en charge médicale | 23 |
| 4.5.1. Plus adapté à l'enfant qu'un suivi par le médecin traitant | 23 |
| 4.5.2. Moins inquiétant et stigmatisant qu'un suivi médical spécialisé | 23 |
| 5. Bénéfices perçus par les parents | 24 |
| 5.1. Un suivi satisfaisant | 24 |
| 5.1.1. Un suivi correspondant aux objectifs fixés par les parents | 24 |
| 5.1.2. Un suivi efficace, des résultats visibles | 24 |
| 5.2. Une prise en charge rassurante | 24 |

| | |
|---|----|
| 5.2.1. Les qualités humaines de l'infirmière sont très appréciées | 24 |
| 5.2.2. Accompagnement et guidance parentale | 24 |
| 5.3. <u>Une amélioration de l'hygiène de vie de toute la famille</u> | 25 |
| 5.3.1. Repérage des habitudes inadaptées | 25 |
| 5.3.2. Modification des habitudes de courses et des menus | 25 |
| 5.3.3. Des changements bien vécus, bénéfiques à tous | 25 |
| 5.4. <u>Autonomisation de l'enfant</u> | 26 |
| 5.5. <u>Une prise en charge au long cours bénéfique</u> | 26 |
| 5.6. <u>Vécu de son suivi par l'enfant: il apprécie d'être impliqué</u> | 26 |
| 6. Difficultés et obstacles | 27 |
| 6.1. <u>Le manque d'implication familiale</u> | 27 |
| 6.1.1. La mise en place d'une dynamique familiale difficile voire défailante | 27 |
| 6.1.2. Un manque d'implication de l'enfant lui même, pas assez mature | 27 |
| 6.2. <u>Culpabilisation des parents</u> | 27 |
| 6.2.1. Difficulté à imposer les changements à l'enfant ou à sa fratrie | 27 |
| 6.2.2. La crainte de ne pas en faire assez | 27 |
| 6.2.3. Le surpoids reste un sujet tabou | 27 |
| 6.3. <u>Des doutes sur les méthodes employées</u> | 28 |
| 6.4. <u>Une part de déception</u> | 28 |
| 6.4.1. La lenteur des résultats | 28 |
| 6.4.2. L'absence de perte de poids | 28 |
| 6.5. <u>Un suivi difficile à maintenir dans certaines circonstances</u> | 28 |
| 6.6. <u>Des contraintes socio - économiques et culturelles</u> | 28 |
| 6.6.1. Les difficultés financières sont un frein à la prise en charge | 28 |
| 6.6.2. Les contraintes professionnelles: des parents pas assez disponibles | 29 |
| 6.6.3. Mode de vie contemporain: sédentarité, place des écrans, absence des parents | 29 |
| 6.6.4. Fragilité des familles monoparentales | 29 |
| 6.6.5. Place de l'identité culturelle | 30 |
| 6.7. <u>Le rôle des institutions et leur défaillance</u> | 30 |
| 6.7.1. La médecine scolaire, un outil sous utilisé | 30 |
| 6.7.2. La cantine scolaire | 30 |
| 6.7.3. Santé publique et démographie médicale | 30 |
| 6.7.4. L'insécurité limite les activités physiques extérieures | 31 |
| 7. Pistes d'amélioration | 31 |
| 7.1. <u>Un suivi déjà satisfaisant</u> | 31 |
| 7.2. <u>Optimiser le suivi ASALEE et le généraliser</u> | 31 |
| 7.3. <u>Une prise en charge coordonnée</u> | 31 |
| IV. ANALYSE ET DISCUSSION | 32 |
| 1. Forces et limites de l'étude | 32 |
| 1.1. <u>Limites de l'étude</u> | 32 |
| 1.2. <u>Forces de l'étude</u> | 32 |
| 2. Analyse des principaux résultats | 32 |
| 2.1. <u>Un suivi efficace qui répond aux attentes des parents</u> | 32 |
| 2.2. <u>La disponibilité au cœur de la prise en charge ASALEE</u> | 33 |
| 2.3. <u>Vers une normalisation pondérale; quels effets au long cours?</u> | 34 |
| 2.4. <u>Le surpoids infantile, marqueur d'inégalité sociale de santé</u> | 34 |
| 2.5. <u>ASALEE: des infirmières déléguées à la santé publique</u> | 35 |
| 2.6. <u>L'importance d'une prise en charge parentale dans le surpoids infantile</u> | 36 |
| 2.7. <u>L'inévitable lenteur des résultats</u> | 37 |
| V. CONCLUSION | 37 |
| VI. BIBLIOGRAPHIE | 40 |
| VII. LEXIQUE | 42 |
| VIII. ANNEXES | 43 |

I. INTRODUCTION

1. Définition du surpoids infantile

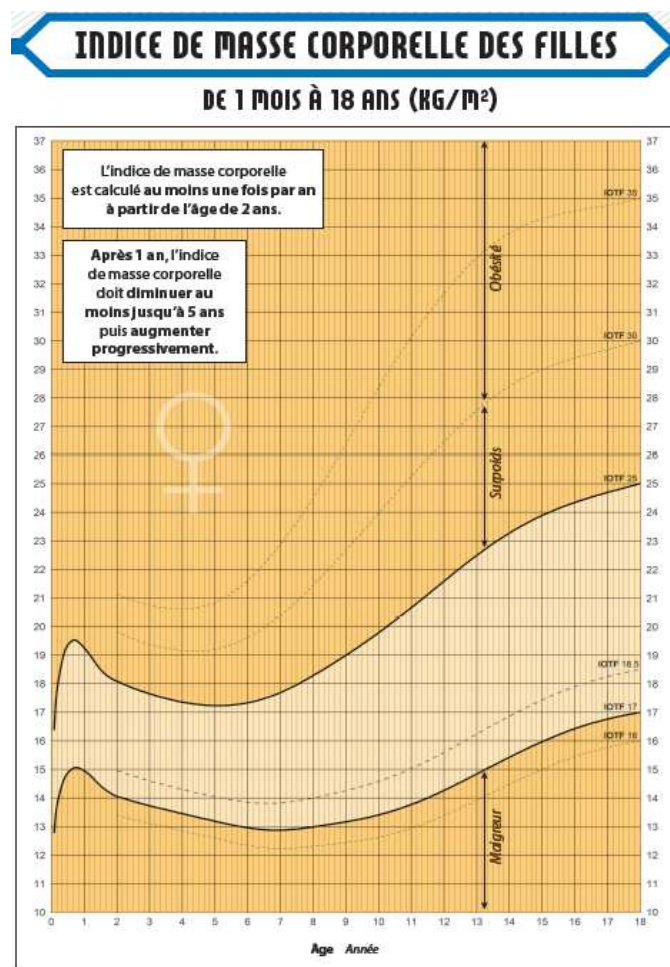
Le surpoids est défini par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme "une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé" (1). Il résulte d'un déséquilibre de la balance énergétique entre des apports alimentaires excessifs et une dépense physique insuffisante.

La corpulence d'un individu est appréciée par le calcul de son IMC (Indice de Masse Corporelle), selon la formule suivante: poids en kg / (taille en m)².

Chez l'adulte, on définit le surpoids par un IMC > 25kg/m² et l'obésité par un IMC > 30kg/m².

Chez l'enfant, la corpulence varie physiologiquement selon l'âge c'est pourquoi on utilise des courbes de corpulence selon l'âge et le sexe de l'enfant (2).

En France, on utilise principalement les courbes du PNNS 2 (Plan National Nutrition Santé) de 2010 associant les références françaises et internationales de l'IOTF (International Obesity Task Force) et permettant de définir le surpoids si l'IMC est supérieur au 97^{ème} percentile (ce qui correspond à l'IOTF 25, c'est-à-dire à la courbe d'IMC atteignant 25kg/m² à l'âge de 18 ans) et l'obésité pour un IMC supérieur à l'IOTF 30. Les courbes du nouveau carnet de santé (2018) ont même été simplifiées pour ne se baser que sur les références de l'IOTF.



Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.
Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

Figure1: Courbes d'IMC des filles du carnet de santé 2018, selon les références de l'IOTF

La corpulence varie physiologiquement au cours de la croissance: elle augmente progressivement jusqu'à 1an, puis diminue jusqu'à environ 6 ans avant de remonter à nouveau. On appelle le moment où l'IMC remonte à 6 ans, le rebond d'adiposité. Un rebond d'adiposité plus précoce est corrélé à un sur-risque d'obésité à l'âge adulte (3), de même qu'un changement rapide de couloir ou une courbe ascendante en continu depuis la naissance.

La surveillance régulière des courbes de corpulence permet donc à la fois de faire le diagnostic du surpoids mais également de repérer ces différents signes d'alarme.

La HAS (Haute Autorité de Santé) recommande la surveillance de ces courbes 2 à 3 fois par an, quel que soit l'âge de l'enfant (3), le médecin généraliste ayant un rôle primordial dans cette surveillance.

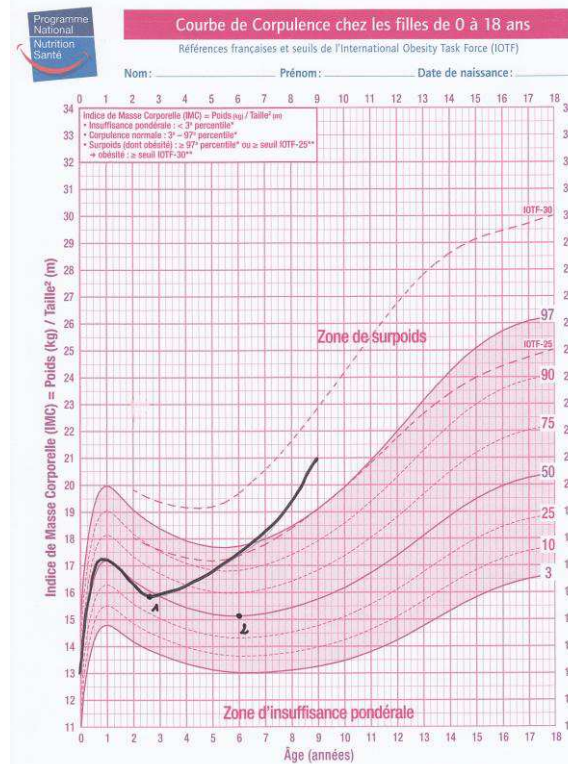


Figure 2: exemple de rebond d'adiposité précoce, reporté sur la courbe du PNNS 2 des filles.

1: rebond d'adiposité précoce constaté, 2: rebond d'adiposité attendu

2. Prévalence du surpoids infantile dans le monde et en France

La prévalence du surpoids infantile a triplé dans le monde au cours des 30 dernières années et le nombre d'enfants obèses a été multiplié par 10 entre 1975 et 2016. On estime qu'en 2016 dans le monde, 340 millions d'enfants entre 5 et 19 ans et 41 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses (1).

Le surpoids de l'enfant a des répercussions sur sa santé à court terme avec des complications respiratoires, métaboliques, ostéo-articulaires et psycho-sociales non négligeables.

Mais il a également des répercussions à plus long terme. C'est un facteur de risque majeur d'obésité à l'âge adulte. On estime que 20 à 50% des enfants en surpoids avant la puberté et 50 à 70% après, seront obèses à l'âge adulte (3), exposant alors à d'autres complications comme le diabète de type II, les maladies cardiovasculaires et nombre de cancers.

Si, dans le monde, la prévalence du surpoids infantile augmente constamment, la France est le premier pays à voir ses chiffres se stabiliser. Comme dans les autres pays, cette prévalence a considérablement augmenté pendant plusieurs décennies passant de 3% en 1965 à 16% en 2000 (2). Mais l'étude Esteban réalisée en 2016, révélait que 17% des enfants étaient en surpoids (ou obèses) et 4% étaient obèses retrouvant une stabilité de ces chiffres par rapport à l'étude ENNS de 2006 (4).

Si la stabilisation est un signe encourageant, on est cependant loin des objectifs de diminution de 15% de cette prévalence définis dans le PNNS 3 (Plan National Nutrition Santé)(5).

3. Le surpoids infantile, véritable enjeu de santé publique

Dans ce contexte, la prévention et la prise en charge du surpoids infantile apparaissent comme l'un des principaux défis actuels de santé publique et nécessitent la mise en place de politiques de santé publique efficaces au niveau local, national et international.

En 2004, l'assemblée mondiale de la santé, composée de délégués des états membres, valide la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé éditée par l'OMS. L'objectif est *"de promouvoir et de protéger la santé en aidant à créer des conditions propices à l'application de mesures durables aux niveaux individuel, communautaire, national et mondial qui, ensemble, réduiront la morbidité et la mortalité liées à une mauvaise alimentation et à la sédentarité"*(6)(7).

De son côté, la France lance dès 2001 le Programme National Nutrition Santé, PNNS, avec pour objectif *"l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un des ses principaux déterminants, l'alimentation"* (5).

Ce programme initialement mis en place pour 5 ans (2001-2005) sera reconduit en 2006 (2006-2011) puis en 2011 (2011-2015) et en 2018 (8).

En 2010, le Plan Obésité vient compléter le PNNS en axant sur la recherche, la prévention et l'amélioration de la prise en charge de l'obésité (9).

En 2011, des recommandations émises par la HAS définissent les objectifs de la prise en charge du surpoids de l'enfant, plaçant le médecin généraliste au centre de cette prise en charge complexe, médicale et psychosociale (3)(9).

La HAS détermine dans ses recommandations trois niveaux de recours dans la prise en charge d'un enfant en surpoids: le premier étant le médecin habituel de l'enfant, le deuxième recours étant les réseaux pluri-professionnels de proximité tels que les REPOPOP par exemple (10) (Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) et le troisième recours étant les services spécialisés au niveau régional, souvent les CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) et SSR (Soins de Suite et de Réadaptation).

Plusieurs études réalisées auprès des médecins généralistes révèlent les multiples freins à cette prise en charge: manque de formation spécifique, manque de consultations dédiées au dépistage, manque de temps en consultation, manque de moyens financiers pour les consultations libérales de diététique ou de psychologie par exemple et le manque de réseaux pluri-professionnels en dehors des CHU (11)(26).

C'est le cas en Ille-et-Vilaine où il n'existe pas de réseau ou de structure de proximité permettant la prise en charge du surpoids infantile. Cependant des solutions alternatives en soins primaires se développent comme l'association **ASALEE, Action de Santé Libérale en Equipe**.

4. L'association ASALEE

Créée en 2004 dans les Deux-Sèvres à l'initiative d'un médecin généraliste et d'un ingénieur, l'association ASALEE repose sur le principe de coopération entre une infirmière déléguée à la santé publique (IDSP, les infirmier(e)s ASALEE seront par la suite désigné(e)s par cet acronyme) et un médecin généraliste. Cette coopération repose sur l'application de protocoles préétablis au sein d'ASALEE et validés par la HAS depuis 2012, permettant une délégation de certaines compétences à l'infirmière.

Les infirmières ASALEE vont ainsi, au sein même des cabinets médicaux des médecins avec lesquels elles travaillent, participer au dépistage, à l'éducation thérapeutique du patient et au suivi des malades chroniques afin d'améliorer leur prise en charge et de libérer du temps médical (12)(29). Ces deux objectifs sont au cœur des protocoles ASALEE: amélioration de la qualité des soins en développant l'offre de soins primaires au service des patients et optimisation du temps médical dans un contexte de démographie médicale peu favorable.

Les IDSP sont salariées de l'association ASALEE, elle-même désormais financée par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie). Les médecins généralistes comme les patients ne sont donc pas impactés financièrement par cette prise en charge.

En 2019, le réseau ASALEE compte plus de 700 infirmières (dont beaucoup à temps partiel, soit environ 300 équivalents temps plein) et 3000 généralistes répartis sur le territoire national (30).

Après les premiers protocoles validés en 2012, à savoir la prise en charge du diabète, des facteurs de risque cardio-vasculaire (dans lesquels ASALEE a fait ses preuves (12)(13)(15)), la participation au dépistage organisé de certains cancers et le dépistage des troubles cognitifs chez les personnes âgées, le champ de compétences des infirmières ASALEE s'élargit: dépistage de la BPCO par la réalisation de spirométrie, aide au sevrage tabagique et plus récemment en 2018, le protocole de dépistage et de prise en charge du surpoids infantile.

Formée spécifiquement à l'entretien motivationnel et à l'éducation thérapeutique du patient (ETP)(29), l'IDSP propose une prise en charge globale de l'enfant et de sa famille qui lui sont adressés par leur médecin traitant, rejoignant l'objectif de la HAS d'une prise en charge de proximité, basée sur l'ETP (3).

Cette étude s'intéresse au vécu de cette prise en charge au sein d'ASALEE par les parents d'enfants en surpoids: quels sont les intérêts perçus par les parents? Quelles sont les limites rencontrées au cours de leur suivi? Pour mieux appréhender ces bénéfices et ces difficultés perçus par les parents, nous nous sommes également intéressés à leurs motivations et leurs attentes en matière de prise en charge.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Choix de la méthode de recherche

La question de recherche étant d'évaluer le ressenti des parents dans le cadre du suivi de leur enfant, la méthode qualitative descriptive s'imposait.

Alors que la méthode quantitative exploite des données quantifiables, mesurables, et permet de recueillir des données chiffrées, la méthode qualitative permet d'étudier l'humain et d'analyser des données subjectives comme les émotions, les expériences personnelles, les opinions, les représentations, etc.

Le sujet du surpoids de l'enfant étant souvent délicat à aborder car touchant à l'intime des familles, la méthode de recueil choisie a été de réaliser des entretiens individuels semi dirigés.

2. Population étudiée

L'étude s'intéressait aux parents d'enfants en surpoids, suivis actuellement ou dans le passé par une infirmière du réseau ASALEE d'Ille-et-Vilaine.

Les critères d'inclusion étaient l'âge de l'enfant entre 4 et 12 ans inclus et la participation à au moins une consultation avec une infirmière ASALEE.

Il avait été décidé de ne pas interroger les parents d'enfants de plus de 12 ans chez lesquels les problématiques liées au surpoids étaient supposées différentes des enfants plus jeunes, du fait de l'entrée dans la puberté avec les modifications physiologiques, corporelles et psychologiques qui en découlent.

Il semblait important d'inclure les enfants ayant un rebond d'adiposité précoce donc avant 6 ans, sans pour autant inclure des enfants trop jeunes, qui n'auraient pu participer activement à la prise en charge ASALEE. La limite inférieure d'inclusion a donc été fixée à 4 ans par l'investigateur.

3. Méthode d'échantillonnage, taille de la population, réalisation du guide d'entretien

L'échantillonnage était réalisé de façon ciblée et raisonnée sans rechercher de représentativité, ni de variation maximale.

Dans ce type d'étude, la taille de l'échantillon n'est pas définie à l'avance mais dépend de la saturation des données, qui correspond au moment où lors de l'analyse des données, il n'y a plus d'élément nouveau à apparaître.

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été élaboré à partir des données de la littérature et a été affiné après les deux premiers entretiens, équivalent d'entretiens exploratoires qui ont été inclus dans l'étude par la suite.

4. Recrutement des participants et déroulement des entretiens

Un premier contact a été établi par mail, adressé à toutes les infirmières ASALEE d'Ille-et-Vilaine, leur exposant la question de recherche, les objectifs de l'étude et les modalités de l'entretien individuel.

Elles ont également toutes été rencontrées durant la phase de recrutement, en participant à deux journées de formation sur le surpoids de l'enfant, organisé par le réseau ASALEE les 16 et 17 avril 2018.

Ce sont ensuite elles qui proposaient aux parents d'enfants qu'elles suivaient de participer à l'étude en leur remettant une lettre d'information expliquant le projet de recherche (Annexe 2). Elles ont également transmis les coordonnées de patients dont le suivi avait été arrêté.

Après un accord oral à l'infirmière, les parents étaient recontactés par téléphone afin de fixer une date et un lieu de rendez-vous pour l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés soit au cabinet médical, soit au domicile des participants, soit au domicile de l'investigateur selon leur convenance.

Au début de l'entretien, une information était redonnée sur le sujet de l'étude, le déroulement de l'entretien, l'anonymisation des données.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone.

A la fin de l'entretien, des données quantitatives sociologiques étaient récupérées par un court questionnaire écrit anonyme.

5. Analyse des données

Les données recueillies par enregistrement audio ont ensuite été intégralement retranscrites sur un logiciel de traitement de texte. Toutes les données ont été anonymisées au moment de la retranscription.

L'analyse thématique a ensuite été faite selon la méthode inductive de la théorisation ancrée.

Le codage a été fait manuellement. Un double codage simultané a été réalisé par une tierce personne formée à la recherche qualitative afin de valider le sens des résultats.

Les retranscriptions et codages étaient faits en parallèle de la poursuite du recrutement et des entretiens, ce qui a permis de repérer la saturation des données et d'arrêter le recrutement.

6. Considérations réglementaires

La participation des parents était volontaire. Les participants ont signé un consentement écrit en début d'entretien (Annexe 3).

Ce sujet de thèse a été validé par la commission de thèse du Département de médecine générale de Rennes le 13 février 2018 et une déclaration simplifiée a été réalisée auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

III. RESULTATS

1. Déroulement des entretiens et caractéristiques sociologiques des personnes interrogées

Sur les dix IDSP ASALEE d'Ille-et-Vilaine, trois ont répondu à notre sollicitation et nous ont transmis dix-neuf contacts de parents d'enfants suivis pour un surpoids. Les autres IDSP nous ont informés qu'elles ne pratiquaient pas encore le suivi d'enfants en surpoids. En effet, certaines attendaient la formation ASALEE sur le surpoids infantile pour débiter les prises en charge, d'autres ont répondu que les suivis proposés n'étaient jamais réalisés car les familles évoquaient un surpoids "culturel" et n'envisageaient pas de prise en charge.

Parmi ces dix-neuf familles, deux n'ont pas été retenues car les enfants suivis ne respectaient pas les critères d'inclusion (âge entre 4-12 ans).

Une maman, bien qu'ayant donné son accord de principe à l'IDSP, n'a jamais répondu aux sollicitations téléphoniques.

Un papa a donné son accord de principe mais en précisant qu'il refusait d'être enregistré, ce qui a conduit à une exclusion.

Enfin, un papa a manifesté son accord après la fin de la période d'inclusion et n'a donc pas été inclus.

Quatorze entretiens ont donc été réalisés entre le 19 mars 2018 et le 31 octobre 2018. Ils ont duré en moyenne quarante-deux minutes.

L'un des entretiens (E3) a finalement été exclu et non analysé car les enfants suivis n'entraient pas non plus dans les critères d'inclusion (âgés de plus de 12 ans).

La saturation des données a été obtenue après onze entretiens, deux entretiens supplémentaires sont venus la confirmer.

Les deux parents étaient invités à participer aux entretiens mais aucun couple n'a souhaité participer. A chaque entretien, seul le parent en charge du suivi ASALEE s'est présenté. C'est donc une population très largement féminine qui a été interrogée avec seulement deux hommes pour onze femmes.

L'âge moyen des parents interrogés était de 41 ans, de tous niveaux socio-économiques (cf. Tableau 1 en annexe 4). Les enfants suivis étaient âgés en moyenne de neuf ans et le suivi durait en moyenne depuis neuf mois. Parmi les treize entretiens analysés, deux suivis étaient interrompus depuis plusieurs mois (E7 et E8).

2. Histoire du surpoids de l'enfant et de la mise en place du suivi ASALEE

2.1. Le diagnostic et la mise en place du suivi par le médecin traitant

Dans la majorité des cas **c'est le médecin traitant qui fait le diagnostic** en analysant les courbes d'IMC, le plus souvent lors d'une **consultation pour un autre motif** :

"Il l'a auscultée et quand il a ouvert le carnet de santé, il a regardé ses courbes et c'est là qu'il m'a dit (E1)", "c'était vraiment au cours d'un banal examen médical (E9)".

D'autres professionnels (pédiatre, médecine scolaire) interviennent de façon plus anecdotique.

Plusieurs parents font part d'une prise de conscience du surpoids au moment où le médecin leur a proposé une prise en charge. Pour eux, **le surpoids n'était pas un problème de santé** puisqu'il n'était ni visible ni compliqué. Ils n'avaient donc pas perçu la nécessité d'entamer un suivi: *"C'était vraiment pas un problème qu'on s'est posé (E9)".*

Certains, qui n'admettaient pas le surpoids de leur enfant, ont été satisfaits que le médecin ait abordé le sujet *"Mais bon à un moment il fallait mettre le doigt dessus quoi donc c'était bien (E11)".*

C'est parfois lorsqu'une complication est découverte que les parents prennent la mesure du problème *"Pour moi elle était bien en chair, j'aurais jamais pensé qu'elle aurait fait du cholestérol! Pour moi elle était en pleine santé (E6)".*

Pour d'autres, c'est pour répondre à une préoccupation parentale que le suivi est proposé: *"Moi j'ai évoqué MA difficulté au médecin hum.... de freiner L ... enfin de l'orienter, de la cadrer au niveau alimentaire(E2)".*

Dans la majorité des cas, **le médecin traitant oriente les familles vers la prise en charge ASALEE** à la suite de l'annonce du diagnostic *"Donc du coup elle m'a dit "si ça vous intéresse il y a l'infirmière qui est là tous les jeudis". Et du coup bah, ça c'est fait comme ça en fait (E4)"* sauf pour deux parents qui ont découvert par eux-mêmes ASALEE *"C'est ma mère qui l'a trouvée! (E12)".*

Dans la plupart des cas, **aucun suivi n'avait été mis en place auparavant**. Dans certaines familles, l'enfant lui-même ou un autre membre de la fratrie avait été suivi pour son surpoids, pas toujours de façon satisfaisante *"J'avais été voir une diététicienne, [...] donc j'avais vraiment trouvé ça hyper léger (E2)".*

2.2. Histoire pondérale dans la famille

2.2.1. Le surpoids, une problématique familiale

Dans la quasi-totalité des familles interrogées, le **surpoids est une problématique familiale**: parfois, d'autres membres de la fratrie ont bénéficié d'une prise en charge, et souvent d'autres membres de la famille sont décrits en surpoids ou présentent des troubles du comportement alimentaire (TCA).

La question de **prédisposition génétique** est fréquemment abordée par les parents *"De toute façon, je sais qu'il y a les gènes aussi qui sont là hein... faudra qu'il fasse attention sûrement (E5)", "Il y a un fatalisme familial (E9)", " Il y a peut-être un peu d'hérédité là-dedans (E13)".*

2.2.2. L'importance du surpoids maternel dans le vécu du suivi

Une majorité des mamans est également ou a été en surpoids *"Autre chose que j'avais envie de vous dire c'est que moi j'étais en surpoids aussi gamine (E2)", "Et alors, bon, on va tout dire, mais ma femme, en fait, a souffert de ça quand elle était plus jeune (E13)".*

Elles décrivent alors **une prise en charge contraignante et mal vécue pendant l'enfance** responsable souvent d'une appréhension à débiter un suivi pour leur enfant. Elles évoquent aussi spontanément leur mal-être de l'époque et **la projection de leur propre vécu** sur leur enfant *"Et puis, je vous dis mon passé à moi. Mon passé mal vécu et voilà j'ai pas envie qu'ils souffrent de ça quoi en fait (E5)".*

L'une d'elle évoque très précocement lors de l'entretien ses TCA et la difficulté que la question de l'alimentation de ses enfants représente pour elle. Elle décrit, elle aussi, un parcours nutritionnel et une histoire pondérale personnelle chaotiques et mal vécus.

Pour certains de ces parents, la proposition de prise en charge du surpoids de leur enfant est source d'appréhension: ils ont **peur d'une prise en charge stigmatisante**, trop stricte, restrictive ou contraignante qui les rend réticents *"Sans que ce soit contraignant ou blessant pour elle! (E13)", "Mais je veux pas non plus que ce soit pour lui une contrainte (E14)", "Ses parents l'ont envoyée voir une nutritionniste, elle a fait plein on va dire de régimes, ça a jamais vraiment bien marché sur elle donc euh.. Elle était pas très très chaude...(E1)".*

Dans d'autres cas, les parents appréhendent **le jugement du professionnel** de santé sur leur propre surpoids ou sur leur mode d'éducation *"Je sais pas ce qu'il va raconter (E10)".*

2.3. Le vécu personnel et familial du surpoids de l'enfant

2.3.1. Vécu de son surpoids par l'enfant lui-même, des avis mitigés

Selon leurs parents, certains enfants **ne souffrent pas de leur surpoids ou des moqueries**: *"Non, j'ai pas encore ressenti non le fait qu'il soit.. qu'il soit mal de ce fait là! (E4)", "Non, non quand on a commencé c'était pas une souffrance, non, non pas du tout (E5)", "Y'a déjà eu à la piscine "ah t'as des gros seins" "t'as déjà des seins" alors qu'elle a 8 ans donc euh... et donc du coup, bon, elle rigole hein pour l'instant (E2)".*

D'autres à l'inverse perçoivent une **réelle souffrance** chez leurs enfants, avec des moqueries mal vécues *"Quelques fois il supporte plus. Quelque fois ça va (E8)", "Elle était malheureuse qu'on se moquait d'elle (E6)".* Ils **souffrent de se comparer aux autres** enfants de leur âge: *"Y'a des moments où ça va et y'a des moments où elle se sent pas à l'aise, ce sont ses mots (E11)".*

Le surpoids est également pour certains enfants responsable de **difficultés physiques et de désadaptation à l'effort**, parfois responsable de **mal-être et d'isolement**.

Le surpoids n'est parfois **qu'un élément parmi d'autres**, identifiés par les parents comme source de souffrance: une séparation, un déménagement, le harcèlement scolaire, les autres problèmes de santé de l'enfant ou des problèmes de santé dans leur famille, une énurésie... *"Elle s'en foutait un peu de ça, c'était plutôt sa bouche elle (E1)", "Elle est déjà pas très bien à l'aise parce qu'elle a des lunettes, parce qu'elle a les dents décalées... parce que elle n'a pas beaucoup de confiance en elle (E2)".*

2.3.2. Le surpoids de l'enfant, une source de conflit familial

Dans plusieurs familles, l'enfant en surpoids est **victime de moqueries** de ses frères et sœurs ou de l'entourage proche *"Donc elle essaye de lui dire mais ça finit toujours... Oh, t'as vu t'as des seins, j'ai jamais vu un gars comme toi! (E10)".* Certains parents rapportent une vraie **grossophobie** et une stigmatisation des personnes en surpoids dans leur famille: *"Il aime pas trop les gros de toute façon, soyons clairs! (rires) euh... je pense que c'est parce qu'il y a une assimilation "fainéants" (E10)", "Moi, devant mes copines, il me faisait honte à la voile (E10)", "Son grand-père qui, quand il le voit, l'insulte de grosse vache de choses comme ça (E14)".*

L'enfant est parfois **puni, culpabilisé**. Les grignotages et l'alimentation en général sont source de **conflits** entre l'enfant et ses parents ou entre les parents entre eux: *"Toujours tout le monde il va l'engueuler un peu si il va*

manger (E8)", "Mais toujours on engueule son père (E8)", "Sa façon de s'alimenter, le fait qu'elle prenne des gâteaux dans le placard, qu'elle les emmène dans sa chambre le soir, pour moi c'était compliqué à gérer (E11)".

2.3.3. Pour les parents, une source de culpabilité, d'inquiétude, de souffrance

Le surpoids de leur enfant est **une source de culpabilisation importante** pour tous les parents. Ils remettent en question l'éducation donnée à leur enfant, le manque de temps à leur consacrer, les événements de vie ou leurs problèmes de santé " Euh, alors c'est vrai qu'on a tendance à se culpabiliser (...) Est-ce que ça pourrait venir quelque part de nous? (E2)", "Moi j'ai tendance forcément à culpabiliser, parce que moi je suis la maman, je fais les repas, les courses ... (E10)", "Depuis mon arrêt, il... a pris un peu plus de poids! Donc je pense que c'est lié, je dirai pas que c'est LA cause mais c'est UNE DES causes (E14)".

Beaucoup de parents rapportent également un **sentiment d'impuissance** "On savait pas forcément vers qui se tourner (E13)", "Parce qu'une fois qu'on en a eu discuté, qu'on a essayé de voir comment faire et que ... ben moi je me sentais dans une impasse par rapport à ça (E11)", "Mais moi je m'en sentais pas spécialement capable non plus quoi (E5)".

C'est également **une source d'inquiétude**, voire d'angoisse, car ils appréhendent le retentissement physique, psychologique, social du surpoids et les problèmes de santé qui en découlent "Oui et puis pour sa santé! S'il est comme ça il va avoir des difficultés à courir, essoufflé, le cœur (E7)", "Mais euh... c'est compliqué pour moi, vraiment c'est... c'est... je me prends la tête, je m'inquiète beaucoup, quelquefois c'est moi qui perds du poids à force de m'inquiéter parce que...(E2)", "Mais moi j'ai peur! (E7)".

Voir le mal-être de leur enfant ou le voir s'isoler est également une source de **souffrance** pour les parents "Ben oui, parce que quand même, moi, dans le quotidien, je voyais bien qu'A y avait des moments où c'était compliqué pour elle (E11)".

2.3.4. A la maison, le surpoids est un sujet tabou

Souvent, les parents rapportent que leur enfant exprime peu son ressenti à propos de son poids, de sa possible souffrance ou des difficultés qu'il rencontre.

Paradoxalement les parents eux-mêmes abordent très peu le sujet avec leur enfant: ils ont peur de le stigmatiser, d'induire ou d'aggraver un mal-être ou une souffrance.

"Après j'insiste pas non plus j'ai pas envie que ... de mettre la pression là-dessus! (...) Je préfère pas parler de ça et que ça le perturbe aussi, qu'on soit tout le temps après lui (E5)", "Alors euh... elle nous en parle pas non non non. Et on évite de lui en parler en fait, c'est vrai que... ouais! Ouais, on veut pas que ce soit un souci en fait (E13)".

3. Motivations et attentes en matière de prise en charge

3.1. Une prise en charge préventive

Les parents sont demandeurs d'une **prise en charge en amont d'éventuelles complications**: ils appréhendent en particulier beaucoup les moqueries et les répercussions psychologiques et sociales.

Le collège est souvent évoqué comme un moment charnière et correspond souvent à un objectif temporel: "Ça va être le collège l'année prochaine et puis on s'est dit pour éviter que ce soit vraiment un problème à l'avenir et qu'elle ait des complexes surtout, on a voulu traiter le problème un peu plus en amont (E13)".

Une maman évoque même son appréhension du harcèlement et du suicide des jeunes en surpoids "Maintenant au collège et même au lycée, il y a tellement de drames (...) J'ai pas envie que mon gamin il se foute en l'air parce qu'il a 10kg de trop quoi! (E4)".

Là encore, beaucoup évoquent leurs propres souffrances passées pour expliquer leurs appréhensions "Ma femme l'a pas forcément très bien vécu, elle-même, à l'adolescence sauf que, bah à cette époque là, il y avait peut-être moins de solutions donc.... Voilà on a préféré anticiper! (E13)".

Ils souhaitent également **améliorer l'état de santé actuel** de l'enfant et **limiter l'impact du surpoids** sur sa vie quotidienne mais aussi **prévenir les problèmes de santé** à l'âge adulte: "Ou déjà pour lui, déjà pour faire des activités qu'il soit à l'aise (E7)", "Pour l'asthme... (E8)", "Je voudrais quand même qu'il soit le plus possible pour lui en bonne santé. Qu'il ait moins de risques peut-être cardiovasculaires (E9)".

Certains appréhendent une aggravation du surpoids *"Voilà c'est ça! J'ai peur de faire (montre une courbe qui monte avec sa main) qu'il fasse encore plus! (E8)".*

Leur objectif est alors que les enfants prennent **de bonnes habitudes d'hygiène de vie** qui resteront ancrées y compris à l'âge adulte *"Qu'il... bah enregistre et que, que... que ça reste quelque part dans sa tête pour sa vie quoi. Et qu'il prenne des bonnes habitudes tout de suite parce que, une fois qu'elles sont prises, généralement ça reste (E4)".*

3.2. Une prise en charge parentale

Les parents sont en attente d'une **guidance parentale**: ils attendent de ce suivi d'être eux-mêmes accompagnés en tant que parents avec un temps dédié *"Puis à un moment bah, d'être au bout de ce que moi je pouvais faire pour elle et du coup d'avoir besoin d'aide. Moi en tant que mère (E11)", "C'est bien ce qu'ils font mais je pense que pour éduquer les enfants faut éduquer les parents (E4)".*

Ils sont demandeurs de **conseils**, d'un **soutien motivationnel**, parfois d'un soutien psychologique *"Ben ouais des conseils surtout (E4)", "Oui j'ai juste besoin d'un accompagnement (E9)", "Je compte vraiment sur ce soutien pour ... c'est vraiment une soucoupe, qui m'enlève un peu de pression (E2)".*

Ils sont également en attente d'un **relais éducatif** auprès de leurs enfants. En effet, les parents rapportent que les recommandations prennent plus de sens aux yeux de l'enfant lorsqu'elles émanent d'une tierce personne *"Ce que j'attendais, ce que je trouvais bien, c'est que c'est une personne extérieure au foyer qui dise les choses à L(...). Voilà donc on sait bien que quelquefois les relations parents-enfants on n'écoute pas par principe, donc là c'est quelqu'un d'autre qui dit et donc c'est quand même un plus (E2)".*

Pour certains il est même important que ce soit **une prise en charge familiale** *"On n'a pas envie qu'il soit seul dans ce truc là et que, quelque part, si y a des habitudes alimentaires ou autre à mettre en place, que ce soit suivi par toute la famille. C'est un bénéfice global quoi (E9)".*

3.3. Une approche personnalisée basée sur l'empathie

Dans l'idée de ne pas reproduire un suivi qu'ils ont eux-mêmes mal vécu, les parents attendent d'ASALEE une prise en charge **bienveillante, empathique, soutenante** qui ne soit pas imposée à l'enfant et qui exclut toute restriction et interdiction *"Quelqu'un qui ait un regard vraiment bienveillant sur mon fils (...) Voilà je veux pas le stigmatiser mon fils, je veux que ce soit quelque chose de constructif (E9)", "Je voulais pas qu'il fasse un régime. Euh non, je ne vais pas le priver à cet âge là (E4)".*

Ils espèrent que l'infirmière ASALEE sera une **personne de confiance** pour écouter et guider l'enfant *"C'est plus de l'écouter ou de lui donner des astuces ou peut être des idées, que ce soit un espace de discussion aussi pour lui (E9)".*

Les parents attendent de l'infirmière qu'elle sensibilise l'enfant à la problématique du surpoids, toujours sans stigmatisation. Ils souhaitent que leurs enfants reçoivent au cours du suivi ASALEE **une éducation à la santé et à l'hygiène de vie** *"Vraiment du soutien, de la sensibilisation sur L... sur voilà ce qui est bon pour ma santé..(E2)".*

3.4. Les motivations des enfants à faire suivre leur surpoids

Souvent, les parents n'identifient **pas de motivation spécifique** de l'enfant *"Alors là, vous me posez une colle, là. Je sais pas si... Je pense qu'il y va parce que j'y vais! (E12)".*

Pour certains enfants, **le regard des autres** sur leur image est un élément moteur alors qu'un autre souhaiterait **être plus à l'aise dans les activités physiques**.

"Ben ce qui la motive c'est pour ... vis-à-vis du regard des autres (...) Ah oui M c'est surtout le regard des autres (E6)", "Non, pour le moment c'est surtout de pouvoir courir vite pour pouvoir jouer au loup garou bien de façon efficace (E10)".

3.5. Objectifs fixés par les parents

Si les motivations des enfants ne sont pas clairement identifiées par leurs parents, ceux-ci insistent sur le fait que le suivi ne doit pas leur être imposé et qu'ils **doivent être acteurs de cette prise en charge** "Voilà qu'il soit impliqué là-dedans, qu'il soit acteur. C'est ça. Et qu'on lui impose pas quelque chose (E9)".

Les principaux objectifs fixés par les parents sont les suivants:

- **le bien être physique et psychologique** de leur enfant "ce qui compte c'est qu'elle soit bien dans sa peau, voilà... c'est... donc y aura pas que cette problématique de.. de poids... c'est son bien-être, c'est son développement (E2)".

- **la normalisation de l'IMC** à travers la stabilisation pondérale sans viser de perte pondérale "A long terme, l'objectif global ce serait qu'elle stabilise son poids, voilà. Qu'elle arrête d'être dans une prise de poids (E11)" même si, pour quelques-uns, la perte pondérale reste un objectif: "Bah, je pense que idéalement s'il pouvait perdre 2-3 kilos... mais enfin sur du long terme, mais tout en grandissant. Mais bon ..idéalement! (E10)".

- **l'autonomisation de l'enfant** dans sa prise en charge: "C'est que lui connaisse aussi ces problématiques de poids et soit capable à terme de la prendre en charge tout seul et que ce soit pas à nous de lui dire toute sa vie "Attention, tu dois faire attention". Enfin voilà qu'il s'autonomise et qu'il se responsabilise (E9)".

Quelques-uns rapportent un objectif temporel, avec **l'échéance du collège** qui est régulièrement évoquée en lien avec la peur des moqueries et des souffrances psychologiques que cette période représente pour les parents "Après l'idée étant que quand elle puisse rentrer au collège, donc là c'est dans moins d'un an maintenant, bah peut-être qu'elle se soit un peu affinée pour voilà, que ce soit peut-être moins de soucis éventuels (E13)".

4. Le déroulement du suivi ASALEE

4.1. Avantages du suivi ASALEE perçus par les parents

4.1.1. Un suivi de proximité, facile d'accès

L'infirmière ASALEE, qui travaille au sein même du cabinet médical, propose un **suivi de proximité** qui **facilite l'adhésion**. Certains, n'ayant pas de véhicule, apprécient **la facilité d'accès** "C'était beaucoup plus facile, approchable en fait parce que sinon il faut aller, bah à l'hôpital, c'est beaucoup plus compliqué quoi (E12)".

Un parent précise que le fait que le suivi se fasse dans le cabinet médical permet également à son enfant d'**associer hygiène de vie et santé** "Et puis je pense que c'est associé au médical en étant ici, donc c'est associé à sa santé (E10)".

Cette proximité géographique permet à l'infirmière de **connaître l'environnement de vie** de l'enfant et de proposer des objectifs adaptés à l'enfant: "Elle habite pas très loin je pense et puis elle connaît un peu l'environnement, elle pose aussi des questions à E sur son école, même des... et puis elle connaît donc tout de suite, il y a une plus grande complicité qui fait que l'enfant se confie plus facilement (E13)".

4.1.2. La disponibilité de l'infirmière permet un suivi personnalisé

Les parents interrogés apprécient la disponibilité de l'infirmière ASALEE: le **délai de prise en charge est très rapide** "Plutôt que d'aller sur Rennes, avoir des rendez-vous quelquefois à longue échéance (E13)", "Donc j'ai appelé et puis j'ai eu un premier rendez-vous (E1)".

Elle **se rend disponible** "Là, elle est vraiment arrangeante par rapport à son planning du coup c'est plus facile d'accès (E12)" permettant à une maman de concilier sa formation et le suivi "Après je pense que si elle n'avait pas été là je sais pas comment j'aurais pu faire parce que c'est quasi impossible en fait (E12)".

Cette disponibilité se traduit aussi par **des consultations longues**, décrites en moyenne entre 45 et 60 minutes, permettant à l'IDSP de connaître l'enfant et de lui proposer une prise en charge personnalisée basée sur son quotidien et à son rythme "Non je trouve ça très bien comme ça il y a les échanges (E12)", "Elle peut prendre le temps d'écouter du coup et de trouver des solutions personnalisées (E11)".

La **fréquence du suivi est fixée avec les familles** et reste **modulable** d'une fois sur l'autre. *"On n'est qu'au début et puis je sais que ce sera adaptable si jamais à un moment elle souhaite espacer ou... en accord avec l'infirmière enfin voilà, je sais que c'est modulable donc ça c'est intéressant! (E11)".* Ainsi certains ont des rendez-vous hebdomadaires, d'autres trimestriels.

La **gratuité d'ASALEE** est un atout relevé par plusieurs parents mais la prise en charge n'est pas un frein pour la plupart: *"De 1 que c'est gratuit, donc c'est la sécurité, la sécurité sociale qui a mis en place ce dispositif, euh...(…) donc qui est pris en charge (E2)", "Oui elle a trouvé qu'il y avait une infirmière et qu'en plus c'était pas payant (E 12)", "Quand elle m'a dit c'est gratuit, je me dis tiens bah...oh bah... tant mieux! (E4)".*

Les parents ont conscience que **ce suivi s'inscrit dans la durée** et ils se projettent au long cours dans cette prise en charge permettant des changements progressifs: *"On est au tout début de la démarche je vois ça comme quelque chose au long cours, c'est vrai une notion de probablement plusieurs années. Je suis très ouverte moi j'attends de voir (E9)".*

4.1.3. Mise en place d'un parcours coordonné

Pour quelques parents dont les enfants relèvent d'une prise en charge pluri-professionnelle, le **rôle de coordination** de l'infirmière est apprécié. L'une des mamans dont l'enfant est suivi dans une MSP (maison de santé pluri-professionnelle) précise qu'elle sait que l'infirmière échange régulièrement avec la psychologue et attend beaucoup des ateliers de groupe prévus avec la psychologue et les kinésithérapeutes.

Pour une autre, l'accompagnement de sa fille coordonné avec l'école à la cantine et en éducation physique est un réel atout: *"Bah c'est une dame qui a mis en place... qui lui donne ses menus pour la semaine et vis-à-vis de ces menus là elle lui dit: "bon bah là c'est des fruits, là c'est des gâteaux, pas trop pour toi (E6)".*

4.1.4. Une prise en charge familiale

Des parents rapportent que, pour des questions d'organisation, **les autres membres de la fratrie** sont souvent amenés à assister aux consultations, ce qui leur semble appréciable puisqu'ils sont également sensibilisés à l'hygiène de vie *"C'est aussi quelque chose que je trouve vachement intéressant, c'est que c'est pas du tout fermé juste autour d'A mais c'est qu'on peut tous participer (E11)", "Oui on y va à 3. Ça profite à tout le monde de toute façon (E4)".*

Les **deux parents** sont invités à participer *"Le papa aussi parce que, il est moins présent que moi mais il est venu aussi, rencontrer aussi Mme X, exprimer ce que lui aussi avait à exprimer, je pense que c'était important pour lui aussi (E11)".*

Selon les cas l'enfant vient seul en consultation ou accompagné de son parent *"Bah on y va en même temps mais elle les prend chacun séparément (E5)", "Toujours moi et E Oui. Alors oui au début on avait évoqué la possibilité que je la laisse toute seule ce qu'elle ne souhaite pas! Donc oui, c'est toujours moi et E, ouais tout à fait! (E13)".*

Dans tous les cas, **un temps de restitution attendu** des parents est respecté *"Non elle est toute seule et à la fin on fait un lien avec moi (E11)", "Moi ça me convient. Et puis je sais que pareil, si j'ai d'autres questions, je peux demander à Mme X un entretien plus complet, un autre moment où on peut être que toutes les 2, je pense que ça peut fonctionner comme ça aussi. En tout cas moi je m'autoriserai à lui demander (E11)".*

Si nécessaire, l'infirmière propose une **consultation à part pour les parents** pour la prise en charge de leur propre surpoids: *"Parce que ouais elle discute avec moi et puis elle voit M, c'est une semaine moi une semaine M. On se voit assez souvent quand même! (E6)", "Bah là le prochain ce sera N et moi. Et ensuite, bah moi toute seule pour le rendez-vous (E9)".*

4.2. Le protocole ASALEE et la personnalité de l'infirmière ASALEE

4.2.1. Un programme de soin personnalisé

L'**attitude d'écoute et d'empathie** de l'infirmière facilite l'adhésion des parents et des enfants *"Elle est vraiment à l'écoute, du coup y a une vraie relation qui s'est installée (E11)", "Et puis bon, elle arrive à nous mettre à l'aise (E6)".*

L'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique du patient permettent d'adapter la prise en charge au quotidien de l'enfant: *"C'est pas on va voir un médecin parce que tu es malade donc tu dois suivre un traitement, c'est plus une prise en compte de nous, de nos habitudes, de retravailler un petit peu tout ça (E9)".* Grâce à cette approche, l'enfant et l'infirmière **fixent ensemble des objectifs réalisables** par l'enfant *"Il s'est fixé de petits objectifs euh... qu'il est censé respecter (E4)".*

Les parents relèvent que **leurs enfants apprécient d'être acteurs de leur prise en charge** *"Je pense que ce qui l'intéresse dans ce suivi c'est le fait qu'elle soit vachement actrice, parce que du coup elle cherche ses propres solutions, enfin Mme X l'accompagne à trouver ses propres solutions et ça je pense que A c'est un truc qui fonctionne bien avec elle (E11)".*

Ils apprécient aussi la mise en place d'un **protocole de soin personnalisé** avec l'utilisation d'un support écrit entre deux séances *"Une fois sur l'autre Mme X nous met un petit peu les choses à mettre en œuvre pour la fois d'après, on fait un petit peu le bilan de ce qui a été fait (E13)".*

4.2.2. Un langage et des outils adaptés à l'âge de l'enfant

L'approche de l'infirmière paraît adaptée à l'âge des enfants: les parents apprécient qu'elle utilise un **vocabulaire adapté** *"Bah c'est adapté à son âge. Donc du coup bah il comprend... il comprend plus facilement (E4)".*

Ils apprécient également qu'elle utilise **divers ateliers et outils interactifs**, jeux, images pour sensibiliser de façon ludique l'enfant *"Il y avait un jeu avec des cartes où il fallait classer les aliments en fonction de leurs catégories bah elle participait aussi quoi (E4)".*

L'objectif de normalisation de la courbe d'IMC est également expliqué de façon imagée pour permettre à l'enfant de s'approprier la notion de surpoids et du risque qu'il représente *"Il comprend très bien ce qu'elle lui explique, qu'il est pas sur la route avec son petit schéma et qu'il faut faire des efforts pour être sur la route (E12)".*

Le **logiciel "destination Chalaxie"** est régulièrement cité par les parents. Il s'agit d'un logiciel interactif permettant d'évaluer les compétences en matières d'alimentation et d'activité physique des 9-11 ans en surpoids ou obèses (32). D'après eux, il permet de capter l'attention des enfants et de transmettre des messages de façon ludique *"Et puis ça a l'air d'être sympa. Enfin je le vois mais ça à l'air d'être bien ce logiciel puisque lui demande à aller dessus. Donc c'est vrai que... ça doit lui plaire aussi (E4)".*

Son cabinet lui-même est décrit comme un **lieu propice à la discussion** avec des installations et affichages sur les aliments du quotidien, l'hygiène de vie *"Pendant l'entretien je dis à E tiens regarde c'est ... ça c'est pas bien on a bien fait de pas en acheter! Donc voilà ça permet de rebondir, il y a tout un environnement qui fait que ça permet de discuter (E13)".*

Elle **s'adapte aux capacités** et au rythme de chaque enfant *"Après je pense qu'ils vont chacun aussi à leur rythme. Enfin je pense que voilà, je sais plus combien elle en a S elle m'avait dit combien elle a d'enfants du même âge. Mais après ils doivent être tous différents dans l'évolution (E5)".*

Pour quelques parents, le suivi ASALEE requiert un effort de la part des enfants, la notion de **"travail"** revenant régulièrement *"Ils ont travaillé les différentes catégories d'aliments (E5)".*

4.2.3. Une infirmière déléguée à la santé publique compétente

L'infirmière ASALEE, en tant que professionnel de santé formé à la prise en charge du surpoids infantile, apparaît comme **compétente** aux yeux des parents *"Je me dis en même temps c'est mieux que ce soit un professionnel de santé quoi (E4)", "Si elle intervient sur ce sujet elle a été formée, elle sait comment faire et comment doit se faire la prise en charge des gens donc oui pourquoi pas (E9)".*

Même le nom de l'association est **réconfortant** selon l'un des parents *"Ce mot-là d'ailleurs c'est... je sais pas pourquoi ce terme là il a été choisi mais c'est cocon un peu (E9)".*

4.3. Le réseau ASALEE, peu connu de ses usagers

4.3.1. **Peu d'intérêt porté à son fonctionnement et à ses champs de compétences**

A l'exception de deux parents qui ont initié par eux-mêmes le suivi, **aucun des parents ne connaissait ASALEE** avant que leur médecin ne leur propose de débiter ce suivi : *"Je savais pas que ça existait (E9)", "Alors je connaissais pas le dispositif ASALEE (E11)".*

Pour les deux autres, c'est grâce à des brochures disponibles au cabinet ou au bouche-à-oreille qu'ils ont découvert ASALEE *"Et puis on a dû tomber sur un dépliant ASALEE (E13)".*

Aucun des parents ne sait précisément comment fonctionne le réseau ASALEE ni quels sont les champs de compétences des infirmières mais ils avouent porter **peu d'intérêt** à ces questions *"Du tout! Non non ASALEE c'est associatif, c'est?... (E13)", " 'Fin voilà j'ai juste vu qu'ils faisaient pour les fumeurs, pour les.. maladies cardio-vasculaires mais voilà, c'est vrai qu'on n'a pas du tout parlé de ça, je ne me suis pas attardée là-dessus non plus (E5)".*

Quelques parents ont été **sensibilisés aux actions d'ASALEE à travers les affichages** dans les salles d'attente des cabinets médicaux *"J'avais dû voir les affiches mais je crois pas que sur les affiches ça parlait du surpoids, ça devait parler du tabac, du diabète et peut-être d'autre chose, je sais pas (E4)".* Un des parents connaissait le réseau ASALEE pour être elle-même prise en charge *"Pour la marche à pied, les trucs comme ça. Ça me fait du bien! Parce que moi je fume et en plus de ça j'ai de l'asthme (E6)".*

4.3.2 **Le réseau ASALEE est considéré comme bénéfique et à développer**

Le suivi proposé par ASALEE pour la prise en charge du surpoids infantile est décrit comme **novateur** *"C'est des choses nouvelles aussi qu'on fait (E5)".*

Selon les parents, ASALEE est **un bon outil de prévention** *"Je pense que c'est un bon moyen de prévention (E5)"* qui a déjà fait ses preuves dans d'autres domaines que le surpoids infantile *"Ce dispositif, qui a marché par ailleurs, donc j'imagine en France mais peut-être ailleurs donc euh... (E2)".* Selon plusieurs d'entre eux, il conviendrait de **développer et de généraliser ASALEE** *"Mais bon ça devrait... je sais pas... j'ai même pas..y en a partout des..?(E5)", "En parler même (E4)".*

4.4. La place du médecin traitant dans le suivi ASALEE

4.4.1. **L'implication du médecin est appréciée mais pas indispensable**

La plupart des parents pense que l'implication de leur médecin dans le suivi est importante. L'un d'eux rapporte s'être senti vraiment soutenu par le médecin lors de sa demande de prise en charge. Au moment du diagnostic, **le discours du médecin favorise l'adhésion** de l'enfant et des parents au suivi ASALEE *"Et puis bah je vous dis le fait que le médecin par deux fois lui dise ça a été plus facile, ça a fait un appui, quand c'est le médecin qui lui a parlé enfin qui lui a dit ça c'était déjà... C'est pas papa ou maman c'était.. Donc après c'était plus facile de lui proposer d'aller voir X après (E5)".*

Pourtant, une fois le suivi ASALEE initié, les parents **n'estiment pas nécessaire** l'implication du médecin et le suivi n'est plus évoqué en consultation *"On n'évoque quasiment pas ce suivi avec le Dr X. (E4)", "On n'a pas forcément parlé de... du surpoids de D vu qu'il est déjà suivi (E12)", "Je vois pas ce qu'il pourrait nous apporter...en plus (E2)".*

Si la coordination entre l'infirmière et le médecin est bien perçue au moment d'initier le suivi, elle est **supposée mais peu perceptible** par la suite *"A part pour échanger mon numéro de téléphone je sais pas s'ils ont spécialement échangé (E4)", "J'imagine une sorte de coordination voilà mais j'en sais rien du tout (E9)".*

En revanche le médecin semble garder une place de **coordination du suivi** puisque les parents envisagent de se tourner vers lui pour organiser la prise en charge de second recours si besoin.

4.4.2. Le médecin traitant n'est pas assez disponible

Les parents perçoivent chez leur médecin un **manque de disponibilité**, de temps en consultation, et d'intérêt pour le suivi du surpoids infantile. Ils estiment qu'il a des choses plus importantes à gérer *"Parce que le médecin bah... il a autre chose à faire quoi je pense! Y a des autres patients derrière quoi! (E4)"*, *"Le Dr X. aussi a largement du boulot donc voilà, les consultations il enchaîne et il a pas forcément le temps de mettre en évidence certaines choses (E13)"*, *"Vraiment par rapport avec une consultation avec le médecin où on sent bien qu'il y a un timing (E11)"*.

Un parents relève un **manque d'intérêt** de la part du médecin, et estime qu'une sous-utilisation de la courbe d'IMC est la source du retard de prise en charge de son enfant *"Oh bah on calculait pas l'IMC avant... pas avant 6 ans l'IMC (E13)"*, *"Le médecin aurait pu aussi se rendre compte avant qu'il y avait peut être, pas un problème, mais un point à prendre en considération (E13)"*.

4.4.3. Le surpoids ne relève pas d'une prise en charge médicale

Les parents interrogés expliquent qu'ils sollicitent le médecin pour des problèmes médicaux et que pour eux le surpoids n'en est pas un. Pour certains parents, le médecin traitant n'est d'ailleurs **pas perçu comme l'interlocuteur adapté** pour la prise en charge du surpoids *"Je me rendais compte qu'A avait un souci j'aurais pas forcément... j'en aurais pas forcément parlé au médecin! (E4)"*.

A l'inverse selon un parent c'est le médecin traitant qui, connaissant ses problèmes de TCA, n'aurait pas osé aborder la question du surpoids de son enfant *"Elle m'avait jamais fait de remarque sur le poids de F mais elle sait très bien que moi j'ai des problèmes de ... donc c'est pareil, c'est compliqué d'aborder certaines questions (E10)"*.

Pour la plupart des parents, la prise en charge du surpoids repose donc seulement sur l'infirmière ASALEE *"Donc cette partie-là, de régime alimentaire, elle est complètement sur les épaules de Mme X.(E2)"*.

4.5. Avantages d'un suivi ASALEE par rapport à une prise en charge médicale

4.5.1. Plus adapté à l'enfant qu'un suivi par le médecin traitant

Plusieurs parents ont trouvé que l'attitude du médecin traitant était souvent **trop directive**. Ils soulèvent que des recommandations impersonnelles, au cours de la consultation, n'étaient ni comprises ni retenues par les enfants *"Forcément c'est plus intéressant pour lui quoi parce que, que les médecins lui disent "ah bah oui faut faire attention" Ouais c'est... c'est un grand mot quoi! Je veux dire il va pas comprendre! Quoi faire attention? Faire attention à quoi? (E4)"*.

L'approche plus empathique de l'infirmière facilite également la **relation de confiance** et ainsi l'adhésion de l'enfant *"Donc c'est voilà: complicité confiance et la première chose c'est le sourire qu'on n'a pas chez tous les médecins! Et c'est même assez rare! C'est pas un reproche hein! Mais bon c'est peut-être dommage. Mais c'est ça qui fait la différence en tous cas! (E13)"*.

4.5.2. Moins inquiétant et moins stigmatisant qu'un suivi médical spécialisé

Pour beaucoup de parents, le suivi par un professionnel paramédical est **moins inquiétant qu'un suivi médical**, considéré comme relevant d'une pathologie plus grave *"Et là encore, pour moi, c'est moins lourd dans la démarche, c'est moins lourd que d'aller voir nutritionniste, endocrinologue machin-chose voilà. Mais c'est mon ressenti à moi (...) ça me semble être plus léger mentalement (E9)"*.

En effet, les parents **ne souhaitent pas médicaliser** la question du surpoids.

De même, pour l'enfant, le fait d'aller voir une infirmière est **moins stigmatisant** que d'aller voir un nutritionniste ou une diététicienne qui sont "étiquetés nutrition" *"Moi j'avais parlé à A de l'emmener voir une nutritionniste, une diététicienne et elle avait pas du tout... Elle s'était pas du tout emparée du truc quoi, elle voulait pas, ça l'intéressait pas... Alors que du coup quand le Dr X a parlé de l'infirmière, A là pour le coup ben ..euh elle a senti que ça pourrait lui correspondre et elle a dit ok donc SUPER! (E11)"*.

La prise en charge ASALEE est aussi décrite comme **moins contraignante sur le plan logistique** facilitant ainsi la poursuite au long cours de ce suivi "Aller à l'hôpital c'est un jour ça peut être dans l'après-midi etc du coup c'est compliqué pour ceux qui travaillent(...)Bah j'ai que 28 jours de congés, je peux pas mettre un congé à chaque fois que j'ai des rendez-vous donc c'est vrai que ça aurait été très compliqué (E12)".

5. Bénéfices perçus par les parents

5.1. Un suivi satisfaisant

5.1.1. Un suivi correspondant aux objectifs fixés par les parents

Les parents interrogés se disent **très satisfaits des objectifs d'ASALEE** basés sur l'éducation à l'hygiène de vie, la normalisation de l'IMC sans objectif de perte pondérale et l'absence de restriction ou d'interdit qui sont perçus comme décourageants "Parce qu'il y a aucune pression de rien, on ne parle pas spécialement du poids, on ne parle pas de régime, on parle pas de choses comme ça. Pour moi c'est un bon suivi pour leur âge (E5)", "Y a pas d'objectifs de poids à suivre, de dire "attention dans 15 jours tu dois être à 50 kg" (E9)".

5.1.2. Un suivi efficace, des résultats visibles

La quasi-totalité des parents se dit **satisfaite de la prise en charge ASALEE** "Non je vous dis ça marche, ça fonctionne (E1)", "Donc non ça, c'est parfait. Je vois bien... C'est un très bon suivi. Bah je vois bien de toute façon voilà ce qu'il en ressort, on le ressent quand même. Si dès cet âge-là ça cogite (E5)".

Plusieurs parents, qui ont entamé le suivi depuis plusieurs mois, ont déjà noté une **stabilisation pondérale** "Au niveau des courbes donc L est toujours en dépassement, mais elle se rapproche(...) Bah on y est presque là (E2)". Certains précisent fièrement que leur enfant est en train de **normaliser son IMC** "C'est dommage j'ai pas emmené le papier, elle reprend la courbe, elle rentre dans la courbe (E6)".

Les **résultats, visibles sur la silhouette** de l'enfant et remarqués par l'entourage, **renforcent la motivation** de l'enfant et de ses parents à poursuivre les efforts "Ouais mais là elle grandit donc elle s'amincit. Je le vois bien hein!(E6)", "Mais là elle est contente! Elle est contente parce que tout le monde nous dit que A fait des efforts donc euh elle est très contente (E1)".

5.2. Une prise en charge rassurante

5.2.1. Les qualités humaines de l'infirmière sont très appréciées

Selon les parents, la **relation de confiance et d'empathie** entre l'enfant et l'infirmière explique l'adhésion des enfants à leur suivi "Et puis complicité, confiance, sourire. Je pense que ça fait la différence. C'est rassurant pour l'enfant (E13)".

Le suivi ASALEE est centré sur l'enfant et pas sur son poids, permettant une prise en charge détendue, **non stigmatisante** "Mais là c'est ludique, voilà y a rien qui dit "hop toi t'es gros, tu... hop tu fais ci ou on te supprime ça, on te supprime tout parce que faut plus que tu manges". Non, c'est pas ça (E5)".

ASALEE apparaît pour certains comme **la meilleure opportunité de prise en charge** "Oui et j'ai de la chance que d'un seul coup elle soit apparue! (E12)", " Si je connaissais quelqu'un qui avait besoin je n'hésiterais pas à dire, allez consulter... non au contraire (E5)".

5.2.2. Accompagnement et guidance parentale

Les parents apprécient être **eux-mêmes guidés** pour accompagner l'enfant dans son suivi: "Ça m'accompagne également. Pour moi... (E1)". Ils ont trouvé un espace où poser leurs questions "Oui elle m'a donné des papiers, elle m'a donné des conseils (E7)", "Oui, oui oui. Je peux aussi poser mes questions (E11)".

Le suivi permet aux parents de **déculpabiliser** "Ça me sécurise en fait de savoir qu'elle est suivie (E2)", "Elle me conseille beaucoup et je trouve ça rassurant pour nous aiguiller par où on doit aller (E12)".

Le suivi ASALEE a également permis aux parents de **prendre conscience de l'importance d'une dynamique familiale** dans la prise en charge du surpoids "Oui oui parce qu'au début elle nous disait "mais enfin pourquoi il y a que moi qui ai des légumes?" Et euh bah je trouvais ça tout à fait normal... Bah oui t'as raison...oui... 'Fin oui oui c'est évident quoi donc, bah oui je vais m'en servir, je vais en donner un peu à ton frère, c'est normal il en a besoin (E2)".

Ils prennent également conscience **du rôle de modèle** qu'ils jouent pour leurs enfants et de l'importance de changer leurs propres habitudes "Qu'à la maison, enfin surtout moi je fasse bah ils ont envie de faire avec moi forcément, c'est mieux! (E4)", "Il me voit, je donne l'exemple (E7)".

La plupart sont conscients que la réussite de leur enfant repose aussi sur leur propre implication "Ouais voilà c'est plus à moi derrière de faire... C'est à moi le boulot! C'est pour ça je parlais d'un suivi ... des parents après plus que des enfants quoi! (E4)", " Il a que 11 ans, et il va pas faire ses repas tout seul (E9)".

5.3. Une amélioration de l'hygiène de vie de toute la famille

5.3.1. Repérage des habitudes inadaptées

Au fil du suivi, chaque famille semble avoir **pris conscience de certaines habitudes alimentaires inadaptées** et avoir pris des mesures pour **entamer des changements** que ce soit en terme de portions, de choix alimentaires, de rythme des repas, de tachyphagie (action de manger trop rapidement) ou de grignotage..."On a aussi changé des choses parce que y a forcément des choses que... on fait mal comme tout le monde de toute manière hein! (E5)", "Il y avait des erreurs qu'on faisait, euh... Je vois les quantités, X. nous a dit "ce serait bien de prendre une plus petite assiette pour elle" (E1)", "Ça a apporté ce truc hyper bénéfique de... hyper positif plutôt de faire à manger, dans 90% des cas à 7H30 (E10)".

5.3.2. Modification des habitudes de courses et des menus

Plusieurs parents pensent faire **des repas plus équilibrés** qu'avant le début du suivi "Et puis de vraiment changer les habitudes de toute la famille sur la qualité alimentaire (E2)".

Certains aliments hypercaloriques ont été supprimés des placards, d'autres sont devenus occasionnels avec toujours la notion bien précisée par les parents qu'ils ne veulent pas de restriction ni d'interdit "Alors bon on a changé aussi la manière de faire les courses. J'achète moins de gâteaux, beaucoup moins de gâteaux qu'avant ça c'est clair (E9)", "Et surtout garder cette notion de plaisir, c'est important ça pour moi de pouvoir... Pas d'interdiction sur des choses (E5)".

Des parents rapportent apprécier les conseils de l'IDSP pour changer les modes de cuisson ou de préparation des légumes afin qu'ils soient appréciés des enfants "Elle m'a montré que il faut des légumes, j'ai mis des légumes, j'ai mis parfois à la vapeur (E7)".

Une maman explique que le suivi lui a permis de se déculpabiliser dans la préparation des repas: elle a appris à faire des repas moins élaborés mais tout aussi équilibrés "Pas toujours partir toujours dans des... On n'est pas obligés, toujours de faire des ... des repas hyper élaborés, que finalement ... voilà (E10)".

5.3.3. Des changements bien vécus, bénéfiques à tous

Les parents rapportent des changements qui se sont mis en place progressivement. **Ces changements sont bénéfiques à toute la famille** et sont globalement **bien vécus** par l'ensemble de la famille: "L'alimentation ça se fait avec le temps, tout peut pas changer du jour au lendemain (E13)", "Personne se sent restreint dans les habitudes pour le moment (E9)", "Et ça a été bénéfique aussi pour son frère, jusqu'à présent tout ce qu'on a essayé de mettre en place ça a servi aussi pour le grand frère (E9)", "Pour tout le monde, puisqu'on est tous dans le fait qu'on soit tous un peu enrobés donc ben... on mange des légumes, c'est des légumes pour tout le monde! C'est pas plus l'un que l'autre! (E14)".

Quelques parents rapportent aussi des **relations apaisées à la maison** autour de la question de l'alimentation "Ça a apporté de la sérénité (E11)". Les parents se servent des recommandations de l'infirmière pour appuyer leurs propos à la maison "Ça m'aide à mettre des barrières en disant bah oui maman veut pas mais X m'a expliqué que c'était pas bon pour moi non plus (E14)".

Mais pas toujours à bon escient puisque l'infirmière est parfois invoquée comme une menace *"Je lui ai dit tu sais X si elle est pas contente bah on peut aller jusqu'à ... bah éventuellement aller dans un centre pour... pour jeunes (E14)"*.

Le suivi a motivé les parents à **développer leurs activités en famille**: certains font de la pâtisserie, d'autres prennent goût au sport en famille *"Donc voilà c'est intégré de l'activité pour elle dans un cadre familial aussi donc ouais ça a eu ces effets finalement positifs, d'avoir passé plus de temps ensemble (E13)"*.

5.4. Autonomisation de l'enfant

Tous les parents relèvent d'une façon ou d'une autre une **autonomisation de leur enfant** au cours du suivi dans le choix des aliments, l'application des objectifs fixés avec l'infirmière, l'activité physique etc *"De modifier elle-même certaines choses ce qu'on arrive à faire aujourd'hui un peu mieux (E13)", "Il va dire oh bah non j'ai pas le droit à ça ou c'est pas l'heure de manger ça ou... des choses comme ça mais voilà! (E14)"*.

Les enfants **participent activement à la mise en place des changements** à la maison *"Et ç, ça marche très très bien. Parce que c'est elle qui met le couvert, elle met son assiette maintenant, elle ne met plus la même assiette que nous (E1)"*.

Petit à petit, les parents remarquent que leurs enfants **appliquent les changements y compris en dehors de la maison** lorsqu'ils ne sont pas là pour les guider *"Et elle demande le menu à l'école (E6)", "Elle emmène son tableau chez Papy-mamie et "non je dois faire ci, je dois faire ça..."donc Papy maintenant... il suit! (E1)"* et **relayent même les recommandations** à leur entourage *"Et souvent sa sœur lui dit "attention parce que ça va t'arriver toi aussi (E1)"*.

Ils relèvent également une **prise de conscience de leur enfant** *"Je vois une différence quand même. Quelque part c'est là c'est dans sa tête, mais bon... mais bon, il est un peu petit encore, mais bon c'est là, c'est clair, c'est dans sa tête (E4)"*.

5.5. Une prise en charge au long cours bénéfique

Le suivi ASALEE permet de **maintenir leur motivation et celle des enfants** *"Parce que mettre en place des trucs c'est facile mais c'est de tenir! Ouais et je pense que le fait d'être suivis, bah ça?... On continue quoi (E4)", "Quand on n'est pas suivi, petit à petit je pense on s'essouffle quoi! (E4)"*.

Les objectifs fixés par l'enfant d'un rendez-vous à l'autre lui permettent aussi de **progresser et d'apprécier les efforts entrepris** *"Mais y a des petites victoires comme ça et ça l'incite à continuer donc c'est bien! C'est bien! (E4)"*.

Les modifications des habitudes entreprises au quotidien de façon progressive permettent des **changements durables**, sans contraintes: *"Non non c'est pas contraignant! (E13)", "Après je suis persuadé que dans la durée ça va avoir ses résultats (E13)"*.

5.6. Vécu de son suivi par l'enfant: il apprécie d'être impliqué

Selon leurs parents **les enfants apprécient les rencontres avec l'infirmière ASALEE**. Cette adhésion passe selon eux par le fait que le suivi n'est pas vécu comme une contrainte par l'enfant et qu'il n'est pas stigmatisant *"Il y va avec plaisir (E4)", "Parce qu'on lui a pas imposé on lui a proposé (E9)", "On fait en sorte que ce soit pas trop contraignant, comme ça il ressent pas la frustration! (E12)"*.

Les enfants **perçoivent un bénéfice** au suivi *"On sent que peut-être il en a besoin (E14)"* et sont **demandeurs de poursuivre la prise en charge** *"Elle en a pas marre elle en réclame plus! (E6)", "Il était demandeur, cet été plusieurs fois il m'a demandé "mais maman tu as repris rendez-vous?", "Plus sereine et du coup plus ... comment dire elle est actrice du truc, elle s'est emparée du truc (E11)"*.

L'infirmière parvient à tisser une relation de confiance avec l'enfant: **il se livre plus facilement à une tierce personne** et semble plus attentif *"Il en parle plus avec X. je pense qu'avec nous (E5)", "Il écoute c'est plus comme avant (E7)", "Il y va, il écoute et puis voilà donc il sait que c'est pour son bien (E14)"*.

Les enfants **se sentent valorisés** par les résultats ou les objectifs atteints *"Et puis elle est fière après elle est contente! (E12)"*.

6. Difficultés et obstacles

6.1. Le manque d'implication familiale

6.1.1. La mise en place d'une dynamique familiale difficile voire défailante

Beaucoup de parents rapportent que les **changements ont parfois été difficiles** ou long à faire accepter *"C'est installé avec beaucoup de fatigue j'ai envie de dire... (E2)"*.

Dans plusieurs familles où les deux parents ne participent pas aux rendez-vous, le **conjoint absent** a parfois du mal à remettre en cause ses propres habitudes *"Pour lui c'est mes idées farfelues d'écolo pseudo bio...(E10) "*, *"Qu'on montre l'exemple tous les 2 quoi! En fait le suivi pour les parents, c'est plus lui qui en aurait besoin (E4)"*. Il est aussi plus difficile d'accepter les propositions de l'infirmière sans participer aux entretiens *"Il a pas l'air convaincu (E10)"* créant parfois des tensions dans la famille.

Pour une des familles c'est même un échec, **la maman se sentant impuissante** pour faire appliquer les nouvelles règles par le reste de la famille : *"Non j'arrive pas à changer pour les autres (E8)"*.

6.1.2. Un manque d'implication de l'enfant lui même, pas assez mature

Certains parents se sentent démunis car ils ont l'impression d'avoir tout essayé et que **l'enfant n'étant pas prêt**, rien ne fonctionne *"On va essayer, on a acheté le vélo pour faire le sport, on a acheté les ballons pour faire le sport mais ça marche pas (E8)"*, *"Il est petit il veut pas s'arrêter de manger (E8)"*, *"Dans sa tête il a pas encore le déclic (E14)"*.

6.2. Culpabilisation des parents

6.2.1. Difficulté à imposer les changements à l'enfant ou à sa fratrie

Pour certains parents les recommandations de l'infirmière sont difficiles à mettre en place car ils **craignent de frustrer** l'enfant *"Parce que comme il est petit, j'arrive pas à le serrer (E8)"*. D'autres culpabilisent de **priver le reste de la fratrie** qui n'est pas concerné par le surpoids *"Un changement quand même c'est un peu au détriment de mon fils (E12)"*.

6.2.2. La crainte de ne pas en faire assez

Les parents culpabilisent de **ne pas être assez présents**, de ne pas faire assez d'activités avec leurs enfants *"Moi je suis en admiration devant les parents des voisins: les parents des voisins qui restent..ils jouent au foot (E10)"*. Chez certains parents, la crainte de **ne pas mettre en place le bon suivi** persiste *"J'espère qu'on se trompe pas! (E13)"*, *"Mais est-ce que c'est suffisant? J'en sais rien! (E14)"*.

Certains ont peur que leurs **propres difficultés limitent l'aide qu'ils apportent** à leurs enfants: l'une des mamans se sent limitée par son niveau éducatif pour accompagner son enfant dans son suivi *"Mais elle le fait toute seule. Ouais M elle sait très bien que moi je me mets dans le bain. Les devoirs on me les demande pas à moi maintenant! (E6)"*. Une autre pense que ses propres TCA pourraient interférer avec le suivi *"Donc voilà c'est ... donc moi j'ai hérité de ça donc j'essaye de limiter la casse un peu avec mes enfants(E10)"*.

6.2.3. Le surpoids reste un sujet tabou

Le suivi ASALEE n'a pas permis de libérer la parole sur le surpoids et son ressenti entre l'enfant et ses parents *"Je préfère pas parler de ça et que ça le perturbe aussi, qu'on soit tout le temps après lui(E5)"*, *"Est-ce qu'aujourd'hui elle en souffre toujours autant un peu moins ou plus du tout? Je sais pas... je... je lui ai pas posé la question, je souhaite pas lui poser la question (E13)"*.

6.3. Des doutes sur les méthodes employées

Pour certains, la prise en charge ASALEE basée sur l'entretien motivationnel **n'est pas adaptée** à leur enfant *"C'est quoi le suivi que vous allez faire, c'est-à-dire parler.... parce que je vois que on parle en fait, il écoute et après on dirait on a rien dit (E7)", "Mais une fois arrivés à la maison c'est effacé (E14)".*

L'un des parent pense que le suivi n'est pas adapté car il est persuadé qu'**il faudrait un suivi psychologique** *"Voilà sauf que je pense que le suivi n'est pas forcément adapté à M, parce que je pense que c'est plus un problème d'ordre... dans sa tête (E14)".*

Pour ce parent le suivi n'est **pas assez autoritaire**, il faudrait parfois user de menace pour parvenir au changement *"Peut-être aussi mais... des fois je pense que de faire un petit peu peur sans dramatiser les choses, ça permet peut-être de faire rentrer des informations un peu plus facilement chez certains enfants (E14)".*

Un autre rapporte avoir du mal à appliquer certaines méthodes proposées par l'infirmière *"Et ah bah je me sers moi-même! La grande idée de je me sers moi-même, j'ai testé un repas ça suffit! (E10)".*

6.4. Une part de déception

6.4.1. La lenteur des résultats

Malgré les bénéfices perçus, les parents regrettent pour beaucoup la lenteur des résultats *"Moi je vois pas vraiment les choses avancer, je trouve ça peut-être un petit peu trop lent (E14)".* Cette lenteur fait craindre à certains que leur enfant se décourage *"De ce côté-là c'est peut-être un peu décourageant quoi pour elle (E13)".* Pour certains, la lenteur des résultats malgré les efforts entrepris est source de frustration *"Pas plus rapide mais qu'on ait un résultat mois par mois ou plus régulier. Là on stagne (E2)".*

6.4.2. L'absence de perte de poids

Deux des parents se disent très déçus car leur enfant continue à prendre du poids *"Toujours il prend du poids, toujours (E8)", "Je me pose la question parce que il profite plus en épaisseur qu'en grandeur pour l'instant! (E14)".*

6.5. Un suivi difficile à maintenir dans certaines circonstances

Chez certains enfants, **d'autres problèmes de santé** viennent parfois s'interposer dans le suivi, et favoriser la prise de poids *"Après son opération ça a été difficile parce que elle avait repris un peu (E1)", "Il était en plâtre! Il pouvait pas bouger (E12)".*

Chez un enfant présentant un retard des apprentissages, le suivi ASALEE doit s'intercaler dans **un suivi pluri-professionnel déjà chargé** *"Il est suivi au CMP (...) Et en fait il est suivi un peu partout, par l'orthophoniste, ergothérapeute, neuro-psy... en gros la totale! (E12)".*

Certaines périodes de l'année ou des événements de vie font passer le suivi au second plan pendant un temps *"Alors c'est Noël hein, voilà c'est ... la tentation (E2)", "On se voyait un petit peu moins, parce que bon, il y a eu ma maman qui est morte (E6)".*

6.6. Des contraintes socio-économiques et culturelles

6.6.1. Les difficultés financières sont un frein à la prise en charge

L'aspect financier est souvent évoqué comme un frein au suivi du surpoids de l'enfant: les honoraires de **consultations de certains professionnels non pris en charge par l'assurance maladie** ne peuvent pas toujours être assumés par les familles *"Bah ce serait beaucoup parce que souvent c'est plusieurs rendez-vous. C'est un suivi de longue durée donc...Là je peux pas me permettre! (E14)", "Ça nous avait coûté ... pfff... plus de 50€ tout ça pour nous dire qu'il fallait juste continuer comme ça (E2)".*

Les contraintes budgétaires familiales sont également **un frein à la pratique d'une activité sportive et à une alimentation saine** *"C'est eux qui a payé l'activité. Après je me débrouillerai à la payer moi-même parce que bon j'ai ouvert un compte épargne là, vous savez, donc je mets des sous de côté et je m'en servirai pour ben là*

(E6)", "J'achète des steaks à 5% de matières grasses, ou des trucs comme ça où il y a très peu de matières grasses je lui donne. Parce que je sais qu'elle a pas forcément les moyens de faire ça (E12)".

Plusieurs familles non véhiculées expliquent que **le transport est un frein au suivi**: la proximité est alors essentielle à un suivi prolongé. De même, le fait de ne pas être véhiculé est un **facteur limitant pour les courses et le choix de l'alimentation** "Pour les courses: ici on n'a que Netto, y a pas grand-chose (E7)".

6.6.2. Les contraintes professionnelles: des parents pas assez disponibles

Les parents qui travaillent ont pour certains **des difficultés à se rendre disponibles** pour aller aux rendez-vous de suivi "Moi j'arrive à poser des journées de congé pour pouvoir faire ça mais lui c'est plus compliqué (E9)". Un petit nombre d'entre eux trouve que **le suivi est parfois difficile à intégrer dans l'emploi du temps familial** "On ne s'est pas accordés avec le papa, on s'était raté (...) Les emplois du temps trop chargés... (E2)".

Ces mêmes contraintes de temps limitent le nombre d'activités sportives auquel l'enfant est inscrit "On aurait souhaité qu'elle fasse une deuxième activité après c'est pas... c'est encore une histoire d'emploi du temps (E13)".

6.6.3. Mode de vie contemporain: sédentarité, place des écrans, absence des parents

Notre mode de vie contemporain est montré du doigt par les parents comme un facteur favorisant le surpoids.

Si la sédentarité est évoquée à plusieurs reprises, de nombreux parents ont aussi évoqué spontanément leurs **difficultés pour réguler le temps d'écrans**: "Parce que c'est de pire en pire donc... la sédentarité, les consoles tout ça! Les écrans de façon générale quoi c'est... c'est problématique quoi (E4)". Selon eux les écrans prennent trop souvent la place des activités plus physiques "C'est compliqué de limiter, de les obliger à bouger! (E4)", "Des fois il les monte en douce, ça c'est clair (E10)", "Et je peux rien faire (E7)".

Ils assument cependant que les écrans leur permettent aussi de se dégager du temps "C'est une solution de facilité aussi, quand ils sont devant les écrans au moins ils sont pas dans nos pattes hein... C'est la réalité, c'est triste mais... (E4)", "Quand il passe du temps devant la télé, c'est le seul moment où il va être calme à peu près (E14)".

Leur propre exposition aux écrans et leur rôle de modèle sont aussi soulevés, de même que les conflits qu'ils peuvent générer "Le père peut pas se passer de télé! Il va faire la vaisselle ou... ben il va allumer la tablette pour regarder un truc (E4)", "Il cache la télécommande ou bien moi je cours pour cacher la télécommande je la mets quelque part (E7)".

Plusieurs parents ont aussi évoqué **leur manque de disponibilité** pour faire des activités avec leurs enfants. Leur vie professionnelle, les charges quotidiennes familiales ne leur laissent pas suffisamment de temps à consacrer à leurs enfants, source de culpabilisation pour beaucoup : "Dans une maison il y a des choses à faire hein donc libérer un petit temps au moment où lui en a envie (E4)", "Le papa il est jamais là. Que le soir, pendant les repas donc euh...(E14)". Ils sont nombreux à regretter, par exemple, leur absence au goûter pour guider l'enfant dans ses choix.

6.6.4. Fragilité des familles monoparentales

Les familles monoparentales se disent plus en difficulté: selon une des mamans, il est **plus difficile pour une femme seule d'imposer les changements** à l'enfant "Je suis toute seule et je menace mais je fais rien (E7)".

Deux autres révèlent leur **sentiment de solitude à gérer seule** l'éducation des enfants et à planifier les suivis: "J'ai tout mené toute seule! (E6)", "Je suis toute seule! Encore il y aurait quelqu'un, un second qui voilà ce serait peut-être possible! Mais là, j'avoue c'est compliqué (E12)". **Les difficultés organisationnelles et d'emploi du temps sont décuplées** pour une mère célibataire qui doit gérer seule toute l'organisation familiale au quotidien.

Dans une autre famille, la maman se sent rapidement en difficulté pour imposer les changements à la fratrie, et l'alimentation est une source perpétuelle de conflit au sein du couple séparé et de la famille "Quand il est avec son père il achète des burgers de kebabs des trucs (E8)".

6.6.5. Place de l'identité culturelle

Les habitudes culturelles sont parfois aussi un frein à la prise en charge. Il serait plus difficile de renoncer à certaines habitudes décrites comme identitaires : *"Moi je suis bretonne et fière d'y être, donc ben la cuisine au beurre c'est mieux que la cuisine à l'huile! (E6)"*.

Certaines idées reçues sont également plus difficiles à remettre en cause *"Il va aller au Maroc, il va perdre du poids. C'est comme c'est les chaleurs et tout mais il perd pas c'est ça le problème. Quand on va aller au pays on change de ... de tout! (E8)"*.

6.7. Le rôle des institutions et leur défaillance

6.7.1. La médecine scolaire, un outil sous-utilisé

Un parent dont le surpoids de l'enfant a été diagnostiqué lors d'une visite en maternelle fait état **d'une prise en charge défaillante et culpabilisante** car les parents sont laissés seuls face au diagnostic inscrit sur le carnet de santé sans proposition de prise en charge *"C'est marqué dans le carnet de santé et j'ai même une feuille, que je devrais leur renvoyer d'ailleurs, que j'ai oublié de faire signer à X pour qu'ils voient si moi je fais quelque chose derrière (E5)"*.

Selon ce parent, la médecine scolaire est, dans le cas du surpoids infantile, **un outil sous-utilisé** qui permettrait pourtant de passer au crible tous les élèves et d'initier une prise en charge *"Ce serait peut-être bien aussi que ces gens-là rencontrent les parents pour après, si y avait des moyens comme ça, pour présenter justement ces choses-là. C'est vrai que, c'est des fois dans les écoles où ça peut être bénéfique aussi parce que faut... tout le monde n'est pas suivi correctement non plus!(E5)"*.

6.7.2. La cantine scolaire

Pour de nombreux parents, l'alimentation à la cantine est un problème: d'une part parce qu'ils ne peuvent contrôler ce que mange l'enfant, et d'autre part parce que, dès tout petit, l'enfant considéré comme "bon mangeur" par le personnel serait resservi plusieurs fois ne faisant qu'aggraver le surpoids *"D a bon appétit donc on lui mettait double portion (E5)", "Ah bah dis donc elle a bon appétit, ça fait plaisir, elle s'est servie 3 fois (E10)"*. Les parents ne se sentent pas soutenus dans les efforts entrepris à la maison et ont bien du mal à lutter de l'extérieur contre ces habitudes.

6.7.3. Santé publique et démographie médicale

L'un des parents rapporte ses **difficultés à trouver un médecin traitant** pour initier un nouveau suivi à la suite d'un déménagement *"Ici j'ai pas de médecin traitant ils sont tous complets donc j'ai... et là, bah, voilà j'ai laissé tomber l'histoire (E7)"*. Pour un autre, **le manque de consultations de suivi est un frein**: les médecins, n'ont pas l'occasion de voir suffisamment les enfants pour dépister et prendre en charge le surpoids infantile *"On vient juste pour la visite médicale une fois par an et encore maintenant a priori il s'avèrerait que c'est tous les 3 ans (E13)"*.

Selon l'un des parents, **le surpoids devrait être pris en charge par l'assurance maladie** *"C'est quand même... une maladie aussi le surpoids! C'est peut-être pas une maladie comme un cancer ou quelque chose comme ça, mais si on laisse s'avancer les choses, on peut avoir des maladies graves dues à la prise de poids, dues à l'obésité donc... Une prise en charge serait quand même... (E14)"*.

Selon un autre, **la prise en charge du surpoids infantile est un moyen de prévention efficace** dans lequel l'assurance maladie devrait investir *"Je veux dire régler ces problèmes là maintenant, je veux dire euh... euh la Sécu a tout à fait intérêt à ... enfin je sais pas qui c'est qui paye si c'est la Sécu ou... je veux dire, c'est des remboursements en moins dans quelques années (...) Bon c'est à long terme mais bon ... le problème l'argent c'est le nerf de la guerre mais bon c'est des soucis en moins et puis bon... c'est quand même mieux pour le ... l'enfant quoi (E4)"*.

6.7.4. L'insécurité limite les activités physiques extérieures

Parmi les parents interrogés, ils sont plusieurs à révéler un **sentiment d'insécurité**, une peur du monde extérieur qui leur fait craindre de laisser les enfants seuls dehors "C'est vrai que, pour moi, ma fille on en a tellement vécu dans la famille que... vu que c'est une fille, j'essaye de la mettre dans un cocon (E6)", "Je regarde par la fenêtre parfois, je surveille, vous savez avec tout ce qu'il se passe maintenant (E7)", " On se baladait dans le village... Là faire un truc comme ça de nos jours, c'est totalement ... ça paraît totalement... (E10)".

7. Pistes d'amélioration

7.1. Un suivi déjà satisfaisant

Quand on les interroge sur les points à améliorer, la majorité des parents rédisent leur satisfaction du suivi ASALEE: le suivi étant déjà perçu comme efficace ils n'ont spontanément pas d'idée pour l'améliorer "Je sais pas s'il y a besoin de quelque chose en plus. Enfin pour moi pour l'instant c'est très bien (E5)", "Bah non, sauf si on avait une solution miracle! (E13)", "D'un coup de baguette magique lui enlever son poids mais ça c'est pas possible (E12)".

7.2. Optimiser le suivi ASALEE et le généraliser

Au fil des entretiens, quelques pistes d'améliorations soulevées par les parents se détachent. Certains regrettent que le **bilan étiologique du surpoids** de leur enfant n'ait pas été plus poussé en explorant certains aspects tels que le sommeil, les facteurs génétiques, l'étiologie psychologique... Selon eux, cette enquête aurait permis une meilleure compréhension du surpoids et facilité sa prise en charge.

Pour une maman qui estime que la guidance parentale est primordiale dans la prise en charge du surpoids infantile, il faudrait **formaliser un temps de prise en charge parentale**, pourquoi pas lors d'un atelier de groupe "Mettre en place un temps pour les parents quoi! (E4)".

Un parent estime qu'**une prise en charge à domicile** pourrait faciliter le suivi en limitant les problématiques organisationnelles: "Alors quelques fois elle se déplace à domicile, ça pourrait faciliter. Euh... ça pourrait faciliter. C'est un, c'est un plus! (E2)".

ASALEE pourrait également **renouveler certains outils** et **développer les ateliers de groupe**: "Oui voilà, des activités sportives, une sortie à vélo pourquoi pas, ça pourrait être sympa (E2)", "Peut-être améliorer ses outils, jusque là elle se repose sur des vidéos, des séries qui sont assez anciennes (E2)".

Plusieurs parents, particulièrement satisfaits de leur prise en charge, souhaiteraient qu'**ASALEE se développe, se généralise** pour que tous puissent y avoir accès "C'est vrai qu'il y a des parents qui, peut-être, qui savent pas et n'osent pas de ce fait-là (E4)", "Je sais pas, même pour l'organisation et pour mettre en valeur X (E13)".

Ils souhaiteraient **développer la communication** autour de l'association, par exemple via les affichages dans les cabinets ou les messages de prévention sur les écrans en salle d'attente qui sont selon eux un bon moyen de capter l'attention "Ne serait-ce que sur l'affichage! Je veux dire on n'est pas au courant qu'ils font ça! (E4)".

7.3. Une prise en charge coordonnée

La question du financement du suivi est également récurrente au fil des entretiens. Si peu de parents ont jugé indispensable que le suivi soit sans avance de frais, ils sont néanmoins quelques uns à soulever que **le surpoids infantile devrait être pris en charge par l'assurance maladie**, sans reste à charge pour les consultations libérales notamment de diététique et de psychologie.

Un **parcours coordonné** serait également bénéfique: un suivi pédopsychiatrique est demandé par un seul parent, la plupart des parents n'ayant pas jugé nécessaire de faire intervenir un autre professionnel que l'IDSP ASALEE, sauf en cas d'échec "Si y a besoin de d'autres professionnels derrière, qu'on soit dirigés vers ces personnes pour... pour favoriser le suivi à M (E14)".

Un parcours coordonné également avec l'école et la cantine, notamment à travers une formation sur l'alimentation et l'hygiène de vie, y compris pour le personnel de cantine *"Ouais, que y ait plus... voilà qu'on dise que bah, on leur apprend voilà c'est ÇA la part (E10)"*.

Certains estiment que la **médecine scolaire pourrait également avoir un rôle** dans la prise en charge du surpoids infantile en faisant le lien avec ASALEE une fois le dépistage fait à l'école *"Je vois quand ils ont leur visite à l'école les enfants avec les infirmières (...) Ça pourrait être, je sais pas, on pourrait imaginer que ces gens-là hop là, allez voir après pour faire un suivi chez vous, enfin chez Asalée quoi! En parler dans ces moments-là (E5)"*.

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Limites de l'étude

Cette étude qualitative a été menée en respectant chaque étape de la méthode par théorisation ancrée. Cependant, il s'agissait de la première étude qualitative de l'investigateur et l'on peut considérer comme **un biais l'appropriation progressive** que demande cette technique de recherche, notamment pour mener les entretiens de façon non directive, sans induire les réponses. En cela, le guide d'entretien est précieux pour garder toujours la même trame et tenter au maximum de poser des questions ouvertes.

Il est également difficile de se départir du **biais de subjectivité** au moment de l'analyse des données. C'est pourquoi un double codage a été réalisé afin de renforcer la qualité et la validité des résultats.

D'autres biais sont possibles dans cette étude: un **biais de sélection** puisque les participants sont volontaires et recrutés par les infirmières ASALEE elles-mêmes et un **biais d'interprétation** lorsque les participants sont amenés à décrire le ressenti de leur enfant.

Enfin, on peut considérer comme un biais le fait d'être connue comme étudiante en médecine par certains des participants pour les avoir rencontrés en stage ou en remplacement ou parce qu'ils ont posé la question en début d'entretien.

1.2. Forces de l'étude

La méthode qualitative a permis de recueillir le ressenti des parents: face à la charge émotionnelle et parfois la souffrance psychologique que véhicule la problématique du surpoids de leur enfant, il était primordial de laisser place à l'écoute. C'est pourquoi une partie importante des résultats peut sembler s'éloigner de l'objectif principal. Pourtant, ces données qui situent le surpoids infantile dans un contexte familial et sociologique plus large permettent de mieux appréhender les difficultés et les contradictions que représente le surpoids de leur enfant avant même de débiter un suivi. Comprendre aussi les attentes et les motivations des parents permet de mieux apprécier les bénéfices tirés de la prise en charge et les difficultés qu'ils ont pu rencontrer. Avoir apporté **cette vision globale du ressenti des parents** est une des forces de cette étude.

Enfin, le surpoids infantile est souvent difficile à prendre en charge en soins primaires du fait du manque de structures de proximité dédiées. Le protocole de prise en charge du surpoids de l'enfant proposé par ASALEE est **novateur et récent**. Validé en 2018 par la HAS, il n'a pas encore été évalué et cette étude permet d'**avoir un premier aperçu du bénéfice perçu** par la population ciblée.

2. Analyse des principaux résultats

2.1. Un suivi efficace qui répond aux attentes des parents

Cette étude permet de confronter les attentes des parents en terme de prise en charge du surpoids de leur enfant et les bénéfices qu'ils retirent de leur suivi dans le protocole ASALEE.

On s'aperçoit qu'ASALEE offre presque point par point une réponse aux attentes et aux objectifs de la majorité des parents interrogés: ils souhaitent une prise en charge différente de celle qu'ils ont connue dans l'enfance, non médicalisée, non stigmatisante, un accompagnement bienveillant, empathique pour un changement des habitudes de vie progressif et durable. Ce suivi doit se faire à proximité de chez eux. Ils définissent comme objectifs principaux le bien-être physique et psychologique de leur enfant, son autonomisation et la stabilisation pondérale. Autant d'éléments qu'ils semblent avoir trouvé dans le suivi ASALEE.

Cette étude permet également de prendre une nouvelle fois la mesure du retentissement psychologique et de la stigmatisation liés au surpoids, tant chez les enfants que chez leurs parents. Le poids des mots utilisés dans leur entourage et par les professionnels de santé a une place majeure dans cette stigmatisation et dans l'adhésion au suivi.

En effet, l'annonce du diagnostic de surpoids pointe un problème dont les parents n'avaient pas encore conscience ou qu'ils ne percevaient pas comme tel (19)(20). Elle soulève systématiquement beaucoup de culpabilité et d'appréhension (20)(25). Les parents sont alors en attente d'une personne de confiance à qui confier leurs doutes, leurs difficultés et leurs questionnements(19). Ils sont en attente d'un accompagnement pour eux-mêmes en parallèle de la prise en charge de leur enfant: ils assimilent le surpoids comme un manquement dans leur rôle de parent (20) et ont besoin d'être guidés pour accompagner leurs enfants dans le changement. Ils souhaitent également faire bénéficier de cette prise en charge à toute la famille. Ils expriment un réel besoin de guidance parentale mais aussi de soutien motivationnel et parfois psychologique.

Notre étude révèle que les parents trouvent auprès de l'IDSP ASALEE cet accompagnement pour leur enfant et pour eux-mêmes: son attitude empathique, bienveillante, perçue comme exempt de tout jugement, lui permet de construire une relation de confiance tripartite, construite au fil des entretiens. Cette relation de confiance lui permet de faire le point sur les habitudes de l'enfant et les habitudes familiales, de mettre en lumière les changements à opérer et les leviers dont disposent l'enfant et sa famille pour les mettre en place progressivement. C'est ce que la HAS appelle l'entretien de compréhension (3).

Les parents perçoivent des changements dans leurs comportements et celui de leurs enfants et une modification durable de leurs habitudes de vie. Ils décrivent également une autonomisation de l'enfant, qui en devenant acteur de sa prise en charge, prend conscience des changements à mettre en place pour sa santé présente et future.

En répondant à leurs attentes et leurs objectifs et en proposant une prise en charge basée sur l'entretien motivationnel, le protocole ASALEE permet l'adhésion et l'implication importante des parents comme des enfants. Cette adhésion et cette implication sont primordiales à la réussite de la prise en charge de l'enfant en surpoids (23) et explique certainement la satisfaction et l'efficacité perçues par les participants de cette étude.

2.2. La disponibilité au cœur de la prise en charge ASALEE

Pour réussir cette approche, il est donc nécessaire de connaître les habitudes de vie de l'enfant et de la famille, de gagner leur confiance. Il faut du temps.

Dans la période actuelle de pression démographique médicale et d'expansion des maladies chroniques, les médecins sont de moins en moins disponibles. Leur manque de temps en consultation soulevé par les participants de cette étude est reconnu par les médecins eux-mêmes comme un frein à la prise en charge du surpoids infantile (11)(26).

La disponibilité de l'IDSP ASALEE décrite par les participants de cette étude comme ceux d'autres études (15)(14)(13) menées sur le dispositif ASALEE renforce leur adhésion à ce suivi. Les consultations longues proposées par ASALEE - en moyenne de 45 minutes (31)- permettent à l'infirmière de réaliser l'entretien de compréhension et le diagnostic éducatif du patient et de sa famille recommandés par la HAS.

Ce temps, à disposition des patients, est au cœur de la prise en charge ASALEE (30). Il est nécessaire pour laisser la place à la discussion avec le patient qui, se sentant pris en considération, peut se saisir de sa santé et participer activement à sa prise en charge (31).

2.3. Vers une normalisation pondérale; quels effets au long cours?

Certains participants décrivent également, après une durée variable de suivi (en moyenne neuf mois dans cette étude), une stabilisation pondérale et même une amélioration progressive de l'IMC de leurs enfants.

Le sujet de l'étude n'étant pas de vérifier l'efficacité du suivi ASALEE sur des données mesurables ou anthropométriques, ces résultats n'ont pas été vérifiés.

C'est néanmoins un résultat majeur que signalent ces parents. Si ce n'est pas le seul objectif du protocole ASALEE, qui tend aussi à améliorer de façon globale l'hygiène de vie, c'est l'un des objectifs à long terme de la prise en charge de l'enfant en surpoids en terme de santé publique.

En effet, on sait qu'un enfant en surpoids est plus à risque de devenir un adulte en surpoids ou obèse (3) avec les conséquences en terme de morbi-mortalité précédemment décrites (1) (5) (7). Cependant, ce risque ne perdure pas si l'on parvient à corriger l'IMC: il a été prouvé qu'un adulte avec un IMC normal ayant été en surpoids dans l'enfance ne présente pas de sur-risque de mortalité cardio-vasculaire par rapport aux adultes avec un IMC normal n'ayant pas été en surpoids dans l'enfance (18). Et l'on sait que plus la prise en charge est précoce en terme de modification des habitudes de vie, plus elle est efficace (17). Il apparaît donc primordial de rétablir un IMC normal de façon progressive et durable pour retrouver un risque de morbi-mortalité équivalent à la population générale. Les présents résultats laissent penser que le protocole ASALEE, en améliorant l'hygiène de vie, pourrait y contribuer. Une étude quantitative sur les résultats anthropométriques des enfants suivis par ASALEE à plus long terme et à plus grande échelle permettrait de confirmer ou d'infirmier cette hypothèse.

2.4. Le surpoids infantile, marqueur d'inégalité sociale de santé

Le surpoids et l'obésité commune, par opposition aux rares obésités secondaires syndromiques ou iatrogènes, sont le produit de plusieurs facteurs favorisants génétiques, psychopathologiques, socio-culturels et liés à l'environnement. Quelles qu'en soit les raisons, il existe toujours un déséquilibre énergétique entre les apports souvent trop riches et la dépense énergétique souvent insuffisante.

Bien qu'il ne faille pas négliger les autres aspects de la prise en charge, notamment psychopathologiques mais aussi socio-culturels, la HAS et le PNNS (3)(5) recommandent d'axer la prise en charge sur les facteurs environnementaux modifiables que sont l'alimentation, l'activité physique et la lutte contre la sédentarité.

Le protocole ASALEE est ainsi organisé autour de ces deux grands axes liés à l'hygiène de vie: éducation à une alimentation saine et adaptée et promotion de l'activité physique.

Toutefois, comme le soulève l'un des parents interrogés, le suivi ASALEE ne permet pas de prise en charge spécialisée de l'aspect psychopathologique lié à certains cas de surpoids.

En effet, le protocole ASALEE repose sur le binôme médecin généraliste - IDSP. Souvent, l'un comme l'autre s'appuient sur un réseau de professionnels pour coordonner la prise en charge pluri-professionnelle de l'enfant mais en l'absence de réseaux organisés et financés ou de certaines initiatives locales telles que des protocoles au sein de MSP qui tendent à se développer(26), la question du financement de certaines consultations libérales reste entière.

On perçoit dans cette étude que le financement est encore trop souvent un frein à la prise en charge du surpoids infantile voire un motif de renoncement aux soins. Face à ces considérations financières, le réseau ASALEE, en proposant une prise en charge de proximité sans avance de frais, permet de limiter en partie les difficultés d'accès aux soins.

Mais les participants rapportent d'autres difficultés: pour financer l'accompagnement psychologique de leur enfant, l'inscription aux activités sportives et même accéder à une alimentation saine, les produits plus diététiques étant considérés comme plus chers (20)(23)(26).

Les familles monoparentales se disent également plus en difficulté dans notre étude pour la mise en place et la poursuite du suivi au long cours: fragilisées sur le plan financier ou social, isolées, ces mères célibataires doivent en plus faire face seules aux difficultés organisationnelles soulevées par l'ensemble des participants.

Autant de difficultés qui font du surpoids infantile un marqueur d'inégalité sociale de santé. C'est d'ailleurs ce que révèle l'étude Esteban (4) en montrant que la prévalence du surpoids infantile diffère selon le niveau

d'étude du responsable du foyer: ainsi, pour le niveau d'étude le plus bas, sans diplôme ou inférieur au baccalauréat, la prévalence du surpoids chez les enfants était de 23,2%, contre 8,9% chez ceux dont la personne référente a un diplôme universitaire de deuxième ou troisième cycle.

Enfin, ASALEE, bien qu'en pleine expansion, ne répond pas non plus encore suffisamment à la question de l'inégalité d'accès aux soins. En effet, ASALEE ne compte pas encore suffisamment de binômes médecin - IDSP pour couvrir l'ensemble des cabinets médicaux et le problème de démographie médicale des médecins généralistes aggrave cette inégalité d'accès aux soins. Cette question, soulevée par une mère à la recherche d'un médecin traitant après un déménagement, est un problème de santé publique actuel à part entière en lien avec l'inégale répartition des médecins sur le territoire à laquelle s'ajoute l'absence de prise en charge de second recours et de troisième recours en dehors des CHU et SSR.

2.5. ASALEE: des infirmières déléguées à la santé publique

Plusieurs participants à cette étude ont conscience du problème de santé publique soulevé par le surpoids infantile. Pour nombre d'entre eux, le surpoids n'est pas une maladie mais ils sont conscients qu'il est à l'origine de multiples complications psychologiques et de problèmes de santé qu'ils souhaitent éviter à travers une prise en charge préventive.

Pour eux, il est du ressort des pouvoirs publics de prendre la mesure de cette problématique pour mettre en place des solutions préventives et curatives adaptées.

Les infirmières du réseau ASALEE ont toute leur place dans cette action de santé publique. Pour la plupart salariées de l'association ASALEE, elle-même désormais financée par la CNAM, elles permettent une prise en charge sans avance de frais par les patients (31).

Elles proposent dans le protocole du surpoids infantile mais pas uniquement, une éducation à l'hygiène de vie à travers une alimentation plus saine et une promotion de l'activité physique, répondant aux objectifs de la HAS, du PNNS et de l'OMS (3)(5)(6). A travers le logiciel informatique d'ASALEE, qu'elles remplissent en parallèle du logiciel métier des médecins, elles participent au recueil de données patients permettant, à terme, de développer la recherche en soins primaires souhaitée par le Plan Obésité (9).

Leur action de collaboration avec les médecins généralistes au sein des cabinets a pour but d'améliorer l'état de santé de la population tout en diversifiant l'offre en soins primaires (29)(30).

A travers des protocoles de délégations de tâches approuvés par l'article 51 de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire, 2009) et validés par la HAS, elles peuvent venir en complément de la prise en charge proposée par le médecin traitant en apportant des compétences spécifiques telles que l'Education Thérapeutique du Patient à travers l'entretien motivationnel(28)(29).

Ce genre de délégation de tâches est encouragé par les pouvoirs publics depuis 2003 après la présentation du rapport Berland (21)(22).

Les médecins eux-mêmes se disent insuffisamment formés sur le surpoids infantile (11)(26) et ne maîtrisent pas la technique de l'entretien motivationnel. Ils déclarent également manquer de temps pour réaliser une ETP efficace (31). C'est pourquoi nombre d'entre eux se disent satisfaits de la collaboration avec des infirmières ASALEE (14)(31).

Les IDSP d'ASALEE ont un rôle différent des infirmières de pratiques avancées exerçant actuellement dans les pays anglo-saxons: elles ne reçoivent pas les patients en premier recours par exemple pour traiter des pathologies bénignes mais reçoivent des patients adressés par le médecin traitant lui-même pour réaliser des actes dérogatoires ou des actes de prévention et d'éducation dans le cadre d'un protocole précis de délégation de tâches (21)(22).

Comme d'autres études ont pu le montrer, ce fonctionnement de coopération fondé sur le binôme médecin - IDSP au sein de l'association ASALEE, est mal connu par ses usagers (15). Mais comme le confirme à nouveau notre étude, ce manque de connaissance sur son fonctionnement n'entrave pas l'adhésion au protocole. Les patients, adressés par leur médecin traitant font confiance à l'IDSP ASALEE puisqu'elle travaille avec leur médecin, au sein même du cabinet (15)(31).

Si ce manque de communication grand public sur le réseau ASALEE est pointé du doigt par les participants de cette étude, il est en fait inhérent à son mode de fonctionnement. D'abord parce que l'essence même des protocoles repose sur le binôme médecin - IDSP et que tous les médecins libéraux ne travaillent pas en collaboration avec ASALEE; ensuite parce que l'association ASALEE semble tenir à garder un développement maîtrisé de proche en proche. En effet, son fonctionnement associatif avec un système de financement par la CNAM et un système de formation intrinsèque des infirmières sous forme de journées de formation théorique et de compagnonnage nécessite une expansion planifiée et progressive (29)(31).

2.6. L'importance d'une prise en charge parentale dans le surpoids infantile

Notre étude révèle une sous-estimation importante du surpoids de leur enfant par les parents participant: beaucoup d'entre eux rapportaient n'avoir pas perçu le poids de leur enfant comme problématique avant que le médecin ne pose le diagnostic de surpoids. A ce moment-là, l'articulation du binôme médecin - IDSP est essentielle pour favoriser l'acceptation et l'adhésion au suivi. En effet le médecin, en posant le diagnostic, rentre cette problématique dans une réalité non perçue par les parents. Il va donc falloir qu'ils acceptent le diagnostic pour adhérer au suivi. Le choix des mots et l'information donnée par le médecin sont alors très importants. La proposition, à la suite du diagnostic, d'une prise en charge rapide et de proximité semble appréciée des parents.

Pour eux, ce diagnostic les renvoie face à plusieurs difficultés. Dans une étude canadienne qui s'est intéressée aux croyances et représentations des mères d'enfants en bas âge sur la santé et le poids de leur enfant(20), ces dernières ressentent une pression de la part de la société d'être une bonne mère, responsable de l'alimentation et du maintien de leurs enfants en bonne santé. Le surpoids est alors vécu comme un échec, source de culpabilisation comme le confirme notre étude.

D'autre part, le surpoids de leur enfant renvoie nombre de parents interrogés à leur propre histoire pondérale et nutritionnelle souvent mal vécue, parfois chaotique mais aussi à l'image négative que la société a des personnes en surpoids et soulève beaucoup d'appréhension.

On note aussi toute l'ambiguïté de certains parents, révélant une prise en charge stigmatisante et mal vécue dans leur enfance tout en reprochant d'un autre côté, au protocole ASALEE, de ne pas être plus directif et de ne pas centrer la prise en charge sur la perte pondérale.

Les mères interrogées dans l'étude canadienne relevaient également les mêmes difficultés que les parents de notre étude: l'importance de passer du temps en famille et le manque de disponibilité pour y parvenir, les difficultés à proposer des repas sains du fait du manque de temps pour la préparation des repas, de difficultés financières et de difficultés à contrôler le contenu des repas pris en garde (cantine, crèche, assistante maternelle, entourage).

L'entretien de compréhension est essentiel pour permettre à l'infirmière ASALEE d'explorer les habitudes et le rythme de vie de la famille et pour prendre en compte ces représentations, difficultés et appréhensions des parents. Cette étape est nécessaire afin de les accompagner dans leur cheminement de prise en charge. Elle répond également au besoin très fort des parents de soutien et de guidance parentale. Sans l'adhésion et l'implication parentale dans ce type de prise en charge, les changements sont difficiles à mettre en place.

Dans la tranche d'âge de cette étude, l'infirmière ASALEE s'adresse principalement à l'enfant. Cependant elle inclut dans le processus le ou les parents afin de les guider dans leurs choix alimentaires, d'achat, de préparation des repas, de mode de cuisson ou propose de nouveaux menus pour varier les repas et les équilibrer. Il est en effet important d'inclure la personne en charge des achats et de la préparation des repas pour ne pas mettre en échec l'enfant en lui proposant des objectifs qu'il ne pourra pas atteindre (23).

L'absence d'interdit alimentaire qui fait partie des recommandations de la HAS et de l'ECOG (European Childhood Obesity Group) (3)(23) est très souvent soulignée par les parents dans cette étude. Si pendant longtemps les régimes hypocaloriques ont été la cause de restrictions et de privations à l'origine de perte de contrôle et de prise pondérale, il est aujourd'hui interdit d'interdire. Tel est le message relayé par les infirmières ASALEE qui encouragent également l'autonomisation de l'enfant en l'aidant à renouer avec ses perceptions corporelles de faim et de satiété et en invitant l'enfant et ses parents à se servir lui-même selon sa faim, pour apprendre à réguler ses apports en fonction de ses besoins.

2.7. L'inévitable lenteur des résultats

Paradoxalement aux bénéfices rapportés en terme de stabilisation pondérale et de changements perceptibles d'habitudes de vie, notre étude révèle une certaine déception parentale face à la lenteur des résultats en terme de perte pondérale et de normalisation d'IMC. Or une autre étude réalisée à Poitiers évaluant la prise en charge d'une infirmière clinicienne au sein d'une équipe pluridisciplinaire au CHU (16), révélait que l'amélioration d'un score fonctionnel de santé, prenant en compte des aspects comportementaux, affectifs, relationnels ou sociaux, survenait plus précocement que l'amélioration de l'IMC. Cette étude mettait en également en évidence un asynchronisme entre la perte de poids attendue par l'enfant et ses parents et la durée nécessaire à la mise en place de changements durables dans les habitudes de vie des familles.

Et c'est précisément ce que retrouve notre étude: les parents sont satisfaits de la prise en charge, ils rapportent des changements d'habitudes de vie, une autonomisation de l'enfant dans sa prise en charge et des relations familiales le plus souvent apaisées avant même la normalisation de l'IMC.

IV. CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en évidence que le protocole de prise en charge du surpoids infantile d'ASALEE correspond aux attentes de la majorité des parents d'enfants suivis. Ceux-ci se déclarent satisfaits car ils se sentent soutenus. A travers une prise en charge non médicalisée reposant sur l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique ils ont la possibilité d'offrir une prise en charge personnalisée, adaptée à leur enfant et modulable. Cette prise en charge de proximité et accessible leur permet de concilier leurs obligations familiales et professionnelles avec le suivi. Ils se disent satisfaits de l'accompagnement parental qu'ils ont trouvé auprès de l'infirmière ASALEE et soulignent ses qualités humaines comme un atout dans cette problématique lourde de charge émotionnelle que représente pour eux le surpoids de leur enfant.

L'infirmière ASALEE utilisant des outils adaptés et variés permet aux enfants de participer activement et de s'autonomiser dans la prise en charge de leur surpoids, loin des régimes restrictifs et des prises en charge stigmatisantes que ces parents ont bien souvent connus eux-mêmes dans l'enfance et qu'ils redoutaient de voir appliqués à leur enfant.

Ils soulignent un suivi efficace, leur permettant après avoir identifié certaines habitudes inadaptées, de mettre en place des changements progressifs et durables dans les habitudes de leur enfant et de l'ensemble de la famille et même de voir un ralentissement de la courbe pondérale, voire même une tendance à la normalisation de l'IMC pour certains.

Les parents, satisfaits du protocole de prise en charge du surpoids infantile proposé par ASALEE sont demandeurs d'une généralisation du dispositif ASALEE pour que tous puissent y avoir accès.

Cette étude soulève malgré tout la difficulté que représente la mise en place d'une dynamique familiale, indispensable aux changements d'habitudes de vie.

Bien qu'ASALEE propose une prise en charge sans reste à charge pour le patient, l'aspect financier reste un frein pour certaines familles: la question du financement des autres professionnels parfois amenés à intervenir dans cette prise en charge pluri-professionnelle mais aussi de l'accès aux activités sportives ou à une alimentation saine restent autant de difficultés pour les familles. La fragilité des familles monoparentales et la notion d'inégalité sociale de santé restent entières face à cette problématique.

Enfin, la question de l'accès aux soins est également posée face à une prise en charge, dans le cadre d'ASALEE, encore assez confidentielle.

A travers cette étude, le dispositif ASALEE est encore une fois perçu comme efficace et moteur de changements par ses usagers. Son rôle de prévention en matière de santé publique prend toute sa valeur face à cet enjeu présent et à venir que représente le surpoids infantile.

Au delà de la satisfaction de ses usagers et de la perception de modifications en terme d'hygiène de vie, une étude quantitative à plus large échelle permettrait d'évaluer son efficacité anthropométrique à plus long terme.

Enfin au niveau d'un territoire de santé, cette étude peut nous permettre de réfléchir à nos pratiques quotidiennes afin d'optimiser le suivi de ces enfants en surpoids par le binôme médecin - IDSP: la mise en place d'ateliers de groupe destinés aux parents comme suggéré par l'un des participants est un projet envisageable. En amont, une réunion médecins - IDSP -parents "experts" pourrait être organisée afin d'en définir les objectifs et les modalités.

Un travail avec l'école et le personnel de cantine afin d'améliorer les menus et la distribution des repas pourrait également être envisagé, de même que des ateliers d'animation scolaire autour de l'alimentation, l'activité physique et la place des écrans.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et Surpoids. 16 Février 2018 [consulté le 02/04/2019]. Disponible: URL: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. INPES, Evaluer et suivre la corpulence des enfants. Programme National Nutrition Santé. [consulté le 02/04/2019]. Disponible: URL: http://site2571.amenotes-sv-55.nfrance.com/uploads/elfinder/doc-telecharger/evaluer_suivre_corpulence.pdf
3. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique: Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Septembre 2011.
4. Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 42 p.
5. Ministère du Travail, de l'Emploi, et de la Santé. PNNS 3 Plan national nutrition santé 2011-2015. Juillet 2011
6. Organisation Mondiale de la Santé. Les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans les populations, rapport du forum et de la réunion technique de l'OMS, Genève 15-17 décembre 2009.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.
8. Ministère des solidarités et de la santé. La santé par l'alimentation. 25 mars 2019 [consulté le 14/05/2019] Disponible: URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/la-sante-par-l-alimentation>
9. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan Obésité 2010-2013.
10. Treppoz S. Lyon expérimente la prise en charge des enfants en surpoids. Article de La Santé de l'homme n°386.
11. Gougeon O. Les freins au dépistage et à l'initiation de la prise en charge de l'obésité infantile. Enquête auprès des médecins généralistes de Maine-et-Loire. [thèse de médecine générale]. Université d'Angers; 15 septembre 2016.
12. IRDES, Bourgueil Y, Mousquès J. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2, Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. Questions d'économie et de santé, N°136 Nov 2008.
13. Tardits E. Evaluation de l'efficacité du protocole de coopération Asalée sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes. [thèse de médecine générale]. Université de Bordeaux; le 11 janvier 2016.
14. ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale : l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 10. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.
15. Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi Pyrénées: le point de vue des patients. [thèse de médecine générale] Université de Toulouse; juin 2017.
16. Bernardo K. Rôle de l'infirmière clinicienne dans la prise en charge des enfants et des adolescents obèses [thèse de médecine] Université de Poitiers; octobre 2015
17. Danielsson P, Svensson V, Kowalski J, et al. Importance of Age for 3-Year Continuous Behavioral Obesity Treatment Success and Dropout Rate. *ObesFacts* 2012; 5:34-44.
18. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med* 2011; 365:1876-85.
19. Lebaron A. Ressenti et vécu des parents à l'annonce d'un surpoids chez leur enfant [thèse de médecine générale] Université Paris Est-Créteil; 2014
20. Cimon-Lambert K. Étude Qualitative Sur Les Facteurs De Risques D'obésité Infantile; Le Rôle Des Perceptions, Des Connaissances Et Des Attitudes Des Parents Sur L'alimentation, Le Poids Et L'activité Physique. [thèse de médecine] Laurentian University of Sudbury; 2014
21. Berland Y. Coopération des professions de santé. Octobre 2003
22. Berland Y. Commission Démographie médicale. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille; 2005 Mai.
23. Pegre V. Approche diététique du surpoids pédiatrique. [consulté le 29/04/2019] Disponible: URL: <https://ebook.ecog-obesity.eu/fr/traitement/approche-dietetique-du-surpoids-pediatrique/>
24. Zazzo J.F, Talandier D, Brami M, Negre V. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et système de santé, Cahiers de nutrition et diététique (2011) 46, S48-S58
25. Oderda L, Tounian P. Les complications psychologiques de l'obésité infantile. *Arch Pediatr* 2013; 20:65-66.

- 26.** Vimeux L, Thibault H. Pratiques et attentes des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'obésité pédiatrique. [thèse de médecine générale], mai 2017.
- 27.** Gourvenec C. Pour une meilleure prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile; préparation et élaboration d'un protocole pluridisciplinaire au sein d'une équipe de soins primaires, exemple de la MSP de Retiers. [thèse de médecine générale] Université de Rennes le 3 novembre 2016.
- 28.** Article 51 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- 29.** Asalée, éléments constitutifs de la fiche de poste IDSP- mise à jour janvier 2014.
- 30.** Afrite A, Franc C, Mousquès J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes, Questions d'économie de la santé N° 239; février 2019
- 31.** Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée): un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé N°232; Avril 2018
- 32.** Fourré G. Utilisation d'une application interactive d'évaluation des compétences des enfants en surpoids par les médecins généralistes du RéPPOP Midi-Pyrénées [thèse de médecine générale]. Université de Toulouse; 2016.

VII. Lexique

ASALEE: Action de Santé Libérale En Equipe

CNAM: Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

ECOG: the European Childhood Obesity Group

ETP: Education Thérapeutique du Patient

Grossophobie: aversion ou attitude hostile envers les personnes en surpoids

HAS: Haute Autorité de Santé

IDE: Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IDSP: Infirmier(e) Délégué(e) à la Santé Publique

IMC: Indice de Masse Corporelle

IOTF: International Obesity Task Force

MSP: Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PNNS: Programme National Nutrition Santé

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

SSR: Soins de Suite et de Réadaptation

TCA: Troubles du Comportements Alimentaires (dont les plus fréquents sont l'anorexie mentale et la boulimie)

VIII. ANNEXES

1. Guide d'entretien

1. Racontez-moi comment vous avez débuté ce suivi avec l'infirmière Asalée?

- Qui vous a orienté vers le dispositif Asalée?
- Quel suivi aviez-vous auparavant?
- Comment vivez-vous, sur le plan personnel, familial, le surpoids de votre enfant?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à entamer un suivi? Qu'est-ce qui, selon vous, motive votre enfant ?

2. Qu'est-ce que vous attendiez de ce suivi avant de le débiter?

- Pour votre enfant? Pour vous?
- Quels sont les objectifs que vous vous étiez fixés et pour lesquels vous attendiez de l'aide?
- Qu'est-ce que vous en attendez maintenant? Quels objectifs vous fixez-vous?

3. Concrètement, pour vous et votre enfant, comment se déroule le suivi?

- Où les entretiens se déroulent-ils? A quelle fréquence et quelle durée?
- Qui assiste aux entretiens? De quoi parlez-vous?
- Quelles sont les différences entre les consultations avec le médecin et avec l'infirmière? Qu'en pensez-vous?

4. Qu'est-ce que ce suivi a changé dans la vie de votre enfant, de votre famille?

- Quelle place prend ce suivi dans la vie de famille?
- Qu'est-ce qu'il vous a apporté: connaissance sur le surpoids, l'éducation à la santé à travers l'alimentation et l'activité physique...
- Quels résultats percevez-vous par rapport au début?
- Comment se sent votre enfant maintenant?

5. Quels ont été les difficultés ou les obstacles que vous avez rencontrés depuis le début du suivi?

- En terme d'organisation familiale et de temps par exemple?
- Comment s'est faite la mise en place des changements dans la famille?

6. Quel est votre point de vue sur cette coopération entre votre médecin et votre infirmière?

- Quel rôle attribuez-vous à l'infirmière?
- Selon vous comment travaillent-ils ensemble?
- Que connaissez-vous du réseau Asalée?

7. Des suggestions pour améliorer cette prise en charge? / Quel serait pour vous le suivi idéal?

2. Lettre de présentation de l'étude remise aux parents par l'infirmière Asalée

Madame, Monsieur,

votre enfant est actuellement suivi(e) ou a été suivi(e) par une infirmière du réseau Asalée pour un excès de poids.

Dans le cadre de ma thèse de fin d'études, je réalise une étude visant à recueillir votre ressenti de parent et vos attentes à propos de ce suivi.

Pour mener cette étude, je vous propose de vous rencontrer de façon individuelle afin d'en discuter. Cette rencontre dure habituellement entre 30 et 45 minutes.

Si vous acceptez d'y participer, sachez que vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré sur bande audio afin de l'analyser par la suite. Toutes les données recueillies seront anonymisées pour l'étude afin que ni vous ni votre enfant ni l'infirmière qui vous suit ne soyez identifiables.

Si vous êtes intéressé(e), vous pouvez me joindre par téléphone ou mail en me laissant vos coordonnées ou bien laisser votre numéro de téléphone à votre infirmière qui me le transmettra pour que je vous appelle et que nous fixions ensemble un rendez-vous à l'endroit qui vous convient (cabinet médical, lieu de travail, domicile...).

Merci de votre participation et de l'attention que vous portez à ce travail de recherche.

Alice Legrand

3. Formulaire de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche dont l'objectif est d'explorer le ressenti des parents d'enfants suivis pour un excès de poids par une infirmière du réseau Asalée.

Personnes responsables du projet

Chercheur principal : Mme Alice Legrand
Directeur de thèse : Dr Pierre-Antoine Moinard
Département de médecine générale de Rennes

Raison et nature de votre participation

Vous êtes invité(e) à participer à cette recherche sous forme d'un entretien individualisé pour recueillir votre ressenti. Vous serez amené(e) à répondre à des questions sur le suivi de votre enfant. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio puis entièrement anonymisée.

Consentement libre et éclairé

J'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes:

- il s'agit d'une recherche sur le ressenti des parents d'enfants suivis par une infirmière Asalée pour un excès de poids.
- ma participation consiste en un entretien au cours duquel des questions me seront posées sur le sujet pour recueillir mon point de vue.
- cet entretien sera enregistré sur bande audio par dictaphone.
- cet enregistrement sera par la suite retranscrit et anonymisé. Aucune donnée pouvant m'identifier (moi ou mon enfant) n'apparaîtra dans la thèse résultant de ce travail de recherche. Il n'y aura pas d'autre usage de ces enregistrements.
- je peux mettre fin à tout moment à l'entretien.

Je, soussigné(e),déclare avoir lu et compris le présent formulaire.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte l'enregistrement de cet entretien et l'utilisation des données sous leur forme enregistrée aussi bien que retranscrite et anonymisée.

Fait à , le

Signature du ou de la participante :

Signature de la personne menant la recherche :

4. Tableau 1, données sociologiques des participants

| Colonne | Sexe du parent | Age | CSP | Situation maritale | Sexe de l'enfant | Age de l'enfant | Durée du suivi | Nb d'enfants dans le foyer | Nb d'enfants suivi par Asalée | Durée de l'entretien |
|---------|----------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|----------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------|
| E 1 | papa | 40 ans | Employé | marié | filles | 9 ans | 9 mois | 2 | 1 | 19 min |
| E 2 | maman | 41 ans | Cadre d'entreprise | mariée | filles | 8 ans | 12 mois | 2 | 1 | 38 min |
| E 4 | maman | 38 ans | Agent de Maitrise | mariée | filles | 9 ans | 4 mois | 2 | 1 | 66 min |
| E 5 | maman | 40 ans | Profession intermédiaire | mariée | garçons et filles | 9 ans et 6 ans | 6 mois | 2 | 2 | 41 min |
| E 6 | maman | 55 ans | Femme au foyer | célibataire | filles | 10 ans et demi | 24 mois | 1 | 1 | 42 min |
| E 7 | maman | 44ans | Femme au foyer | célibataire | garçon | 8 ans et demi | 3 mois | 2 | 1 | 41 min |
| E 8 | maman | 47 ans | Recherche d'emploi | divorcée | garçon | 8 ans | 12 mois | 4 | 1 | 29 min |
| E 9 | maman | 41 ans | Profession intermédiaire | mariée | garçon | 11 ans | 3 mois | 2 | 1 | 42min |
| E 10 | maman | 43 ans | Employé | mariée | garçon | 10 ans | 2 mois | 2 | 1 | 60 min |
| E 11 | maman | 41 ans | Profession intermédiaire | mariée | filles | 12 ans | 1 mois | 3 | 1 | 21 min |
| E 12 | maman | 27 ans | Etudiante | célibataire | garçon | 8 ans | 18 mois | 1 | 1 | 33min |
| E 13 | papa | 40 ans | Cadre d'entreprise | marié | filles | 10 ans | 12 mois | 2 | 1 | 46min |
| E 14 | maman | 45 ans | Autre: invalidité | mariée | garçon | 10 ans | 12 mois | 4 | 1 | 38 min |

LEGRAND, Alice - Intérêts et limites perçus par les parents d'enfants en surpoids de leur prise en charge en soins primaires par des infirmières d'éducation thérapeutique du réseau Asalée, une étude qualitative en Ille et Vilaine.

47 feuilles, 1 tableau, 4 annexes, 2 cm.

- Thèse : Doctorat en Médecine ; Rennes 1; 2019 ; N°

Résumé français

Introduction La prise en charge du surpoids infantile est un enjeu de santé publique majeur. Le réseau Asalée propose une approche basée sur l'entretien motivationnel. Cette étude évalue les intérêts et les limites perçus par les parents au cours de cette prise en charge. **Matériels et méthode** Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de parents d'enfants entre 4 et 12 ans, suivis par une infirmière Asalée pour un surpoids. Analyse thématique selon la méthode de la théorisation ancrée. **Résultats** 13 parents interrogés en Ille-et-Vilaine. Des parents satisfaits: perception de changements pour l'ensemble de la famille, participation active et autonomisation de l'enfant, accompagnement bienveillant et guidance parentale en accord avec leurs attentes. Persistance de difficultés socio-culturelles, financières et familiales identifiées comme des freins au suivi. **Conclusion** Le protocole Asalée de prise en charge du surpoids infantile répond aux attentes des parents qui perçoivent un bénéfice familial global de ce suivi.

Rubrique de classement :

étude qualitative

Mots-clés :

surpoids infantile
éducation thérapeutique
Asalée
coopération interprofessionnelle
délégation de tâches

Mots-clés anglais MeSH :

Childhood obesity
Therapeutic education

Président : Monsieur le Professeur Viel Jean-François

JURY :

Assesseurs : Monsieur le Docteur Moinard Pierre-Antoine [directeur de thèse]
Monsieur le Professeur Violas Philippe
Madame le Docteur Fiquet Laure