



**HAL**  
open science

# Vécu des parents d'enfants en situation d'obésité suivis en unité d'obésité infantile de l'Hôpital d'Enfants à La Réunion

Mary Lebleu

► **To cite this version:**

Mary Lebleu. Vécu des parents d'enfants en situation d'obésité suivis en unité d'obésité infantile de l'Hôpital d'Enfants à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02624816

**HAL Id: dumas-02624816**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02624816>**

Submitted on 26 May 2020

**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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION**

**UFR SANTE**

Année : 2020

N° : 2020LARE009M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT**

**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Vécu des parents d'enfants en situation d'obésité suivis en unité  
d'obésité infantile de l'Hôpital d'Enfants à La Réunion.**

Présentée et soutenue publiquement le 9 avril 2020 à 19h à La Réunion

**Par Mary LEBLEU**

Née le 19 août 1987 à Tours

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur FRANCO, Spécialiste en Médecine Générale**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur LEBEAU, Spécialiste en Médecine Générale**

**Madame le Docteur RENOUX, Spécialiste en Médecine Générale**

**Madame le Docteur GAROT, Spécialiste en Médecine Générale**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur PALMA, Spécialiste en Médecine Générale**

## TABLE DES MATIERES

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<i>Le surpoids et l'obésité infantile</i> .....	4
<i>L'obésité infantile et l'obésité de l'adulte</i> .....	5
<i>Les facteurs de risque d'obésité infantile</i> .....	5
<i>Le cas particulier de l'île de La Réunion</i> .....	5
<b>METHODE</b> .....	<b>7</b>
<i>Approche</i> .....	7
<i>Participants</i> .....	7
<i>Recueil des données</i> .....	7
<i>Analyse des données</i> .....	7
<i>Aspects réglementaires et éthiques</i> .....	8
<b>RESULTATS</b> .....	<b>9</b>
<i>Caractéristiques des participants</i> .....	9
<i>Analyse ouverte</i> .....	9
<i>Analyse axiale</i> .....	9
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>20</b>
<i>Résultat principal</i> .....	20
<i>Comparaison avec la littérature</i> .....	23
<i>Forces et limites de l'étude</i> .....	26
<i>Perspectives pour la pratique</i> .....	27
<b>REFERENCES</b> .....	<b>31</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>36</b>
<i>ANNEXE 1 : Courbes de corpulence des deux sexes de 0 à 18 ans jusqu'en avril 2018</i> .....	36
<i>ANNEXE 2 : Courbes d'IMC des deux sexes de 1 mois à 18 ans à partir d'Avril 2018</i> .....	38
<i>ANNEXE 3 : Exploration des a priori des chercheurs par la Méthode des 7 questions</i> .....	40
<i>ANNEXE 4 : Guide d'entretien final</i> .....	42
<i>ANNEXE 5 : Questionnaire socio-épidémiologique</i> .....	44
<i>ANNEXE 6 : Consentement</i> .....	46
<i>ANNEXE 7 : Code book</i> .....	47
<b>TABLEAUX</b> .....	<b>50</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>53</b>

## SOMMAIRE DES TABLEAUX

---

<b>Tableau 1: Caractéristiques socio-épidémiologiques des participants.....</b>	<b>50</b>
---	-----------

## **ABREVIATIONS**

---

ARS : Agence régionale de santé

CGSS : Caisse générale de sécurité sociale

HAS : Haute Autorité de santé

IMC : Indice de masse corporelle

IOTF: International Obesity Task Force

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAI : Projet d'accueil individualisé

PNNS : Plan national nutrition santé

SSR : Soins de suite et réadaptation

## INTRODUCTION

---

### ***Le surpoids et l'obésité infantile***

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » <sup>(1)</sup>. L'obésité figure depuis 2004 au cinquième rang des facteurs de risques de mortalité et est la plus importante source de maladies chroniques dans le monde <sup>(2)</sup>.

La prévalence de l'obésité a presque triplé au niveau mondial entre 1975 et 2016 <sup>(3)</sup>. L'obésité infantile (de 5 à 19 ans) a été multiplié par 10 au cours des 4 dernières décennies <sup>(4)</sup>.

L'Indice de masse corporelle (IMC) est l'indice le plus habituellement utilisé pour définir le surpoids et l'obésité. Chez, l'adulte, la valeur absolue de l'IMC définit le surpoids ( $25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$ ) et l'obésité ( $\text{IMC} \geq 30$ ).

Chez l'enfant et l'adolescent la situation est plus complexe et surpoids et obésité sont définis relativement à la population de référence en termes d'âge et de sexe.

Jusqu'en 2018, les seuils recommandés en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux des courbes de corpulence du Programme national nutrition santé (PNNS) 2010, issus à la fois des références françaises (datant de 1979) et des références de l'*International Obesity Task Force* (IOTF) (Annexe 1). Le surpoids était défini par un IMC supérieur ou égal au 97<sup>ème</sup> percentile et l'obésité par un IMC supérieur ou égal au seuil IOTF-30 <sup>(5)</sup>.

Pour les enfants nés à partir d'avril 2018, les courbes de corpulence représentées sur les carnets de santé sont celles de l'IOTF à partir de l'âge de 2 ans (Annexe 2). Le surpoids de l'enfant de 2 ans ou plus est ainsi défini par un IMC supérieur ou égal au seuil IOTF-25 des références internationales, l'obésité par un IMC supérieur ou égal au seuil IOTF-30 et l'obésité morbide par un IMC supérieur ou égal au IOTF-35. Avant cet âge, ces courbes ont été prolongées par les courbes de référence française (actualisée en 2018) afin de permettre la visualisation du pic de corpulence autour de neuf mois <sup>(6)</sup>.

## ***L'obésité infantile et l'obésité de l'adulte***

L'obésité infantile est un facteur de risque majeur d'obésité à l'âge adulte. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie de 20 à 50 % avant la puberté et de 50 à 70 % après la puberté <sup>(7)</sup>. A ce titre, l'obésité infantile prédispose aux maladies cardiovasculaires, métaboliques ou encore musculosquelettiques et notamment articulaires de l'adulte <sup>(8-10)</sup>. En plus de ces conséquences en termes de santé, l'obésité précoce a également un coût social et sociétal important : comorbidités psychologiques et psychiatriques et impact sur le statut social et l'accessibilité à l'emploi <sup>(11)</sup>.

## ***Les facteurs de risque d'obésité infantile***

L'obésité infantile est multifactorielle. La prédisposition génétique et les influences épigénétiques et environnementales sont de mieux en mieux connues <sup>(12-15)</sup>. Néanmoins, les facteurs exogènes restent prédominants : le manque d'activité physique et l'augmentation de la sédentarité, le diabète gestationnel, la prise de poids excessive et le tabagisme maternel pendant la grossesse, les difficultés socioéconomiques, les négligences ou les abus parentaux, les attitudes restrictives ou trop permissives de l'entourage, le manque de sommeil, ou encore le handicap <sup>(16)(17)</sup>. Ces facteurs exogènes interviennent à hauteur de 70 % dans le risque global de surpoids ou d'obésité de l'enfant <sup>(5)</sup>.

La prise en charge de l'obésité de l'enfant a fait l'objet de nombreuses études. Toutes ont conclu à la nécessité d'une prise en charge globale des patients <sup>(18-20)</sup>.

## ***Le cas particulier de l'île de La Réunion***

La prévalence de l'obésité de l'enfant est significativement plus élevée à La Réunion qu'en métropole (5,9 % versus 4,0 % d'enfants en CM2 en 2008). Il en est de même du surpoids (29,0 % versus 18,9 %) <sup>(21)</sup>.

Cette prévalence a augmenté ces dernières années, passant en grande section de maternelle de 4,2% à 5,7% pour l'obésité, et de 11,7% à 14,3 % pour le surpoids entre 2000 et 2012 <sup>(22)</sup>. La prévalence de l'obésité en classe de 6<sup>ème</sup> a augmenté de 6,5% en 2001 à 8,4% en 2012.

La multiculturalité réunionnaise rend cruciale l'adaptation des prises en charge aux représentations socioculturelles <sup>(23)</sup>. Sur le plan alimentaire, deux cultures, créole et européenne, s'additionnent <sup>(24)</sup>. Le passage de la pénurie alimentaire à l'obésité infantile en une seule génération complexifie encore l'approche <sup>(25)</sup>. Toute tentative d'éducation thérapeutique ou nutritionnelle doit tenir compte de ces aspects spécifiques <sup>(26)</sup>.

Il est donc indispensable d'explorer le vécu des parents d'enfants en situation d'obésité à La Réunion pour proposer une prise en charge adaptée.

L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations et l'expérience vécue des parents dont les enfants, en situation d'obésité, sont pris en charge au sein du service d'obésité infantile de l'Hôpital d'Enfants, à La Réunion.

## **METHODE**

---

### ***Approche***

Étude qualitative utilisant une approche par analyse inductive générale <sup>(27)</sup>.

Les *a priori* des chercheurs ont été explicités avant le début du travail par la méthode des 7 questions (Annexe 3).

Toutes les étapes du travail ont été consignées dans un journal de bord.

### ***Participants***

La population d'intérêt était constituée par les parents d'enfants atteints de surpoids ou d'obésité et suivis dans l'unité d'obésité infantile de l'hôpital d'enfants de Saint-Denis à La Réunion.

L'échantillonnage était en variation maximale sur les critères suivants : âge du parent, âge de l'enfant, sexe du parent, sexe de l'enfant, situation conjugale, nombre d'enfants dans la fratrie, lieu de résidence sur l'île, catégorie socio-professionnelle, niveau d'éducation des parents.

Le recrutement a été opportuniste : la participation a été systématiquement proposée aux parents vus par le médecin de l'unité, d'abord systématiquement à tous, puis en fonction des variations recherchées au fur et à mesure de l'étude.

### ***Recueil des données***

Les entretiens ont été conduits par téléphone. Ils ont été enregistrés et retranscrits en verbatim. Le guide d'entretien initial a été réalisé à partir de la recherche bibliographique. Il a été modifié au cours de l'étude en fonction des analyses itératives (Annexe 4). Les entretiens ont été conduits jusqu'à suffisance des données, attestée par leur saturation.

Les données socio-économiques ont été recueillies par questionnaire écrit, remis par le médecin de l'unité et renvoyés par courriel au chercheur (Annexe 5).

### ***Analyse des données***

Le codage initial a été réalisé séparément par deux chercheurs (ML et AB). Les codes ont été ensuite mis en commun et discutés, avec l'arbitrage éventuel d'un troisième chercheur (VP).

Les catégories ont été créées à partir du codage initial par deux chercheurs séparément (ML et AB), puis mises en commun et finalisées.

### ***Aspects réglementaires et éthiques***

Cette étude a été approuvée et autorisée par le Délégué à la protection des données de l'Université de La Réunion le 29 juin 2019.

Aucun fichier nominatif n'a été constitué.

Toutes les retranscriptions des entretiens ont été désidentifiées, et les enregistrements audios ont été détruits. Les questionnaires de recueil des données socio-économiques ont été anonymisés.

Tous les participants ont signé une lettre d'information et de consentement (Annexe 6).

## **RESULTATS**

---

Neuf entretiens ont été conduits. Les entretiens ont duré en moyenne 37 minutes (de 20 à 50 minutes).

### ***Caractéristiques des participants***

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1. Les parents de 5 garçons et de 3 filles ont été interviewés. Ils étaient tous de nationalité française tout comme leurs enfants.

Un seul entretien a été réalisé avec un père, après un premier entretien avec sa femme. Il était le plus âgé de tous les pères d'enfant. Trois pères avaient au moins 50 ans et un seul moins de 39 ans. Deux mères avaient moins de 39 ans et deux avaient au minimum 50 ans. Trois enfants avaient plus de 15 ans et deux avaient 10 ans ou moins. Au moment des entretiens, deux enfants étaient au primaire, deux au collège, trois au lycée et un en CAP.

Une seule de ces familles n'avait qu'un enfant, trois d'entre elles avaient trois enfants mais aucune n'en avait plus.

Le début du suivi dans l'unité d'obésité infantile était antérieur à 2017 pour trois enfants et deux d'entre eux avaient débuté leur prise en charge dans l'année 2019.

### ***Analyse ouverte***

L'analyse ouverte et l'étiquetage initial ont abouti à la constitution d'un livre de codes constitué de 79 codes (Annexe 7).

### ***Analyse axiale***

L'analyse des codes ouverts a permis de faire émerger 4 catégories : l'histoire, l'acceptation, l'implication et le militantisme.

## Catégorie 1 : L'histoire

- Avant de parler de la prise en charge, la question soulevant l'histoire pondérale de leur enfant a, en réalité, permis aux parents de se confier sur leur histoire de vie, leur situation personnelle, familiale et professionnelle. Cette histoire familiale pouvait être perçue comme une justification de la prise pondérale de leur enfant.

« Ben avant en fin de compte on a eu des soucis au niveau familial » (P1)  
« Les deux plus grands sont partis en métropole et bon... c'était trop difficile pour qu'il gère quoi » « et à chaque fois, le problème c'est qu'on a un décès et L. il arrive plus à gérer du tout ... » (P3)  
« à partir de 15 mois, j'ai repris mes études et je l'ai laissé à mamie ! » (P8)  
« Depuis qu'il est petit, on a un vécu familial assez difficile puisqu'on est dans le cadre d'une famille monoparentale » (P9)

- Ils évoquaient souvent le fait de se consacrer aux proches malades ou de vivre un deuil, les amenant à manquer d'attention pour leur enfant et à s'isoler socialement. Ce manque d'attention pouvait être perçu comme de la culpabilité.

« j'avais mon papa qui a eu un cancer donc dès qu'on a posé le diagnostic donc ben... je suis partie vivre avec eux chez mes parents, avec mes deux enfants, et après y'a eu ma fille qui était malade et ils trouvaient pas du tout ... et après ben elle a fait... ben... après la mort de mon papa ça s'est empiré...elle a fait plusieurs tentatives de suicide donc j'étais à l'hôpital avec elle et donc du coup, ben, je n'avais pas de temps avec lui.» « parce que en fin de compte j'étais pas là... et quand j'ai remarqué il avait déjà pris 15 kg. J'ai remarqué qu'il grossissait mais c'était trop tard. » (P1)  
« Peut-être je vois pas L. faire, peut être li grignote beaucoup... et nous n'était pas en période, heu... rendre pas nous compte du tout quoi ! Nous, en réalité, nous n'était pas encore rendu compte de ça ! » (P4)  
« c'est ma vocation d'aider les autres » « nous, parents, on était axés sur la maladie du papa » (P6)  
« on habitait avec les grands parents et ils ont été malades » « il s'est ancré dans l'obésité » « le mal était fait » (P9)

- Les parents abordaient, au cours de l'entretien, le fait que leur enfant ait une pathologie chronique ou un suivi régulier pour une autre maladie que l'obésité. Cependant, elle n'était que rarement mis en relation avec leur obésité. En revanche, elle était souvent à l'origine de la prise en charge, orientée par un médecin.

« Il est suivi à l'hôpital des enfants depuis pas mal de temps parce qu'il avait des problèmes de cicatrisation de peau et donc à la première visite l'infirmière elle a dit « ah, il est un petit peu gros ». J'ai dit « oui » mais sans savoir ce qu'il mangeait [...] Et après la dame dit « oui il doit aller en service d'obésité » mais j'ai dit « est ce qu'il peut être dans les critères pour accéder au service diététique ? » et après Dr M. a dit effectivement qu'il a pris quand même pas mal de poids en un temps très limité donc là il a fait la demande pour que X. puisse intégrer l'équipe » (P1)

« c'est un peu dur chaque fois faut lui faire rappeler quoi... d'autant plus qu'il est dyspraxique donc c'est un peu plus dur. » (P3)

« je sais pas si c'est dû à la nourriture, si c'est dû à une maladie ou c'est dû au stress ou un manque de confiance ou quelque chose comme ça ! » « il avait subi une opération au niveau du dos » « il avait une tumeur au niveau du dos » « C'est Dr G. qui a profité qu'il soit déjà pris en charge pour qu'il voit quelqu'un en service d'obésité » (P5)

« On a aussi trouvé qu'elle était dyslexique » (P8)

- Les parents évoquaient des difficultés de communication avec leur enfant, pouvant aboutir à des problèmes relationnels ou éducatifs.

« quand il a un souci, il discute pas du problème. Il parle pas » (P1)

« Il ne m'en a jamais parlé » (P2)

« Il me dit oui mais est ce qu'il a compris vraiment... j'en sais rien. » « Il dit rien, il dit « oui, c'est dur, c'est pas facile »... c'est tout, mais sinon il dit pas quoi » (P3)

« Au début, li comprend pas pourquoi, quand on l'a ramené à l'hôpital, c'était pour quoi. Après le docteur lui a expliqué un ti peu et puis nous explique a li aussi un ti peu tout ça.» « quand mi explique à li quelque chose et li comprend pas. Quand mi dis à li « mange pas ça » ben li insiste quoi ! » « L. il est pareil à un enfant gâté maintenant. Il profite un petit peu de la situation » (P4)

« C'est difficile de faire sortir un mot de sa bouche » « Donc du coup, à un certain moment je dis plus rien et je laisse faire parce qu'apparemment quand je lui dis, il aime pas. » (P5)

« on a pas parlé bien justement avec elle » (P6)

« quand on discutait de ça, c'était tout de suite une relation conflictuelle » (P7)

« avec tous ces problèmes là il y avait d'autres problèmes relationnels » (P9)

- Les entretiens ont permis de mettre en évidence un manque d'informations et de connaissance sur l'obésité infantile et sa prise en charge.

« mais j'ai dit « est ce qu'il peut être dans les critères pour accéder au service diététique ? » » (P1)

« je savais théoriquement ce qui était bon ou pas bon mais c'est l'appliquer tous les jours, et dans le sens de ne pas fauter, c'est ça qui est plus compliqué pour moi. » « le plus compliqué, c'est au niveau de la quantité. Et là, je trouve qu'on a pas vraiment d'informations. » (P7)

« ce qu'on connaît dans les livres c'est pas du tout la pratique... c'est très très très compliqué et très très dur quoi » (P9)

- Les parents confiaient ne pas cuisiner ou manger de façon équilibrée, notamment à cause de difficultés financières et d'un manque de temps. Ces difficultés qu'on pourrait attribuer *a priori* à la catégorie « justification » étaient en fait perçues *a posteriori* comme un défaut de parentalité et culpabilisantes.

« le sport c'est par rapport à mon travail donc j'ai pas trop le temps » (P1)

« nous on mange pas bien [...] c'était pas équilibré. Dès qu'on avait l'occasion, c'était plutôt... heu... les repas rapide, genre Mc Do, pizza, heu...donc aussi, ben à la maison, les plats cuisinés. Donc c'était ça, pour gagner du temps, comme je travaille, c'est pas évident de gérer tout, donc voilà. » (P2)

« c'est un coût aussi... on est pas tout seul on est à 4 à la maison et c'est pas évident [...] Par exemple, si on achète des légumes frais, ce sera pour un ou deux jours après on peut plus, faute de moyen » (P5)

« ML : dans toute cette prise en charge, ces changements qu'est-ce que vous diriez qui est le plus difficile pour vous ? P6 : Ben de pas pouvoir faire tout ce qu'on me demande de faire. Par exemple, de pas pouvoir amener C. en sport » « Je peux pas en même temps payer une autre activité et en même temps économiser pour le voyage » « En fait, c'est l'argent toujours le frein ! » (P6)

- Les parents vivent l'obésité comme une fatalité par l'hérédité observée, la génétique.

« en fin de compte c'est peut être au niveau génétique parce que du côté des parents paternels c'est des gens qui sont gros » (P1)

« Parce que mon mari est aussi dans une famille donc... assez obèse, hein. » « C'est vrai que à La Réunion, ils ont fait des enquêtes, ils ont dit que ça vient de nos gènes cette histoire » (P2)

« On a pas de chance, c'est notre enfant, on est obligé, on est là pour ça » (P4)

« nous-même on est pas vraiment maigre dans notre famille » (P8)

« y'a d'autres enfants c'est peut-être dans les gènes » (P9)

- Ils évoquent l'importance de la culture créole dans leur quotidien rendant difficile les changements. La cuisine créole tient une place importante dans leur culture mais l'implication de la grand-mère également.

« les personnes âgées avec leurs petits-enfants c'est comme s'ils ont jamais le ventre vide il faut tout le temps le ventre plein » (P1)  
 « sa sœur lui donne plus de légumes et là-bas il y a plus de fruits et c'est pas pareil qu'ici ! » (P4)  
 « ML : Et quand vous recevez du monde ou que vous faites un repas de famille, comment ça se passe ? P5 : Ah ben y'a carry poulet [rires] ! C'est obligé » « après vous savez comment on fonctionne à La Réunion ! Au niveau du terrain alimentaire, c'est un peu délicat quoi ! » « c'est beaucoup de carry, beaucoup de grains, beaucoup de riz... ben après légumes, y'a des gens qui font des légumes tous les jours mais nous à la maison, rarement. C'est toujours riz, grains, carry. » (P5)  
 « dans notre coutume à nous, on s'inquiète pas. Quand un bébé est bien portant, il est pas privé, bien au contraire. » « Je me rends compte au fur et à mesure que ce n'est pas le cas. J'espère que ce n'est pas trop tard » (P7)  
 « c'était mamie qui proposait n'importe quand et de tout, du chocolat, des fruits, du pain, heu ... tout et n'importe quoi. » « c'est joli quand c'est petit et c'est rond » « Chez mamie, y'a moins de légumes, c'est la bonne cuisine créole, c'est pas forcément équilibré on va dire » « on a fait des tests génétiques et puis là le papa a trouvé que ça faisait un petit peu trop cobaye » (P8)

- Ils impliquent aussi des raisons sociétales à l'obésité de leur enfant.

« ils disent que nous, on aime le sucre, c'est pour ça qu'ils mettent le sucre...c'est nous qui réclamons le sucre. Alors que non ! En fait, il y a plein de choses où on regarde pas le sucre, c'est eux qui mettent dans notre yaourt, nos boissons sucrées... et plus qu'il n'en faut d'ailleurs." Ici, à La Réunion, je dois faire attention, je dois faire attention à ce que je mange, ce que je bois. En métropole, c'est vrai que je dois faire attention aussi, mais moins. » « c'est la société qui veut ça, qu'on bouge plus » (P2)

## Catégorie 2 : L'acceptation

- Avoir trouver un espace de parole et être soutenu par l'équipe permet aux parents de comprendre la prise pondérale, d'accepter la maladie et de déculpabiliser.

« admettre que justement il a cette grosseur-là, qu'il a... enfin, de mettre des mots sur quelque chose, sur une pathologie que j'ai conscience » (P2)

« Ce qui est bien avec le suivi c'est qu'on sait d'où est partie la prise de poids » (P6)

« depuis l'autre prise en charge (la seconde), ben... on voit que y'a quand même le poids... c'est une maladie quand même » (P8)

« si vous voulez, jusqu'à longtemps je faisais mon travail peut être plus... que quand il y a un problème de santé particulier, ben on a tendance à pas faire trop trop attention, mais à un moment donné je me suis rendue compte que la santé de mon fils c'est plus important, je vais pas culpabiliser » « j'ai trouvé à l'hôpital d'enfants un espace d'expression, de discussion » (P9)

- La relation de confiance mise en place par l'équipe leur permet d'accepter des prises en charges, initialement difficiles à admettre.

« elle adore son suivi à l'hôpital, elle a appris plein de choses, même moi ! Parce qu'au départ j'étais pas convaincue hein ! » « c'est moi qui ai dû comprendre, accepter le processus que c'est elle qui doit prendre conscience, elle et ses parents, l'environnement aussi de l'enfant » (P6)

« On a accepté, on a dit on va réessayer [...] Là cette fois, la prise en charge était différente, avec le suivi mensuel, un groupe d'enfant et tout ça, parce qu'avant c'était pas comme ça, et le système nous a plu en fait » (P8)

« j'avais aussi la possibilité d'avoir l'écoute de la psychologue, heu... ou bien de parler avec l'assistante sociale ou autres, des choses qui pouvaient se passer, voir comment on peut trouver une solution. » (P9)

- Les changements de médecin dans l'unité, en revanche, nuisent à cette relation.

« Mais là c'est le deuxième médecin qu'on voit, non le troisième » (P6)

« Et après le souci que j'ai eu, c'est que je n'ai plus du tout eu de contact avec eux, bien que je les ai relancés pendant plusieurs mois. Et j'ai plus du tout eu de contacts avec eux jusqu'au mois de juillet. Le médecin était parti, puis après y'a eu un médecin remplaçant qui, elle, était enceinte donc qui est partie pour son congé maternité, d'après ce que j'ai compris, donc au mois de juillet on avait rendez-vous avec le Dr M. Ça a été un peu chaotique on va dire la période d'avril à juillet quoi en fait. Parce que moi j'essayais d'appeler tous les mois et jamais on était capable de me dire. » (P7)

« par contre, les médecins, c'est un peu le point négatif ! C'est que ça change beaucoup ! » « on essaye d'avoir un référent et puis après, ça se succède, donc... »

« je pense que dans une application de longue haleine comme ça, sur plusieurs années, heu.. ben... on a envie quand même d'avoir heu... derrière le médecin, quelqu'un de... quelqu'un qui soit là, qui connaît un peu, qui reste là. » (P9)

### Catégorie 3 : L'implication

- L'enseignement reçu permet aux parents de comprendre la prise en charge de leur enfant et de changer leurs habitudes.

« il faut que je comprends ce que mon enfant fait là-bas » (P1)  
« autant lui que moi on apprend beaucoup de choses sur la nourriture [...] Et que c'est à mettre en place de manière quotidienne » (P2)  
« quand vous voyez un enfant grossir comme ça vous êtes là pour faire le meilleur possible » « L. fait des progrès par rapport au repas équilibré et tout ça, explique à zot comment faut manger, comment faut tenir à table, tout ça. Et nous, à la maison, ben nous essaye continue dans le même rythme » (P4)  
« on explique beaucoup de choses que nous même en tant que parents on sait pas »  
« Ca s'apprend, y'a toujours un début à tout, faut bien commencer » (P5)  
« On mange plus pareil, on change ! En fait, on prend le temps de faire ce qu'on faisait pas ! » (P6)  
« Il y a des choses que j'ai quand même assimilées » (P9)

- Partager avec d'autres parents et avec les professionnels aide aux prises de conscience et leur permet de rompre avec l'isolement.

« et puis on fait des trucs avec les parents aussi, pour essayer de trouver la solution... » « Ben on trouve toujours la solution avec des aides à gauche, des aides à droite... » (P4)  
« il y a une mise en commun aussi et on voit en fonction des problèmes, des difficultés de chacun... on essaie de trouver les solutions entre nous en fait ! Donc ... oui ... là c'est plus précis et puis on voit qu'on n'est pas seul. » (P8)  
« Je pense que c'est aussi le fait qu'il y a un espace de parole et que les gens sont pas tout seuls aussi parce que souvent dans les problèmes comme ça, on se sent un peu isolé, on est tout seul avec nos problèmes. Tandis que là on est avec des gens qui sont compétents et puis il y a d'autres personnes qui sont un peu dans le même cas donc je pense que ça, ça aide beaucoup. » « on a beaucoup sympathisé avec les mamans, avec les enfants et tout... puisque vous imaginez, au bout de 5 ans, on se connaît quoi ! » (P9)

- Certaines contraintes sont vécues par les parents comme des sacrifices.

« C'est un sacrifice, faut pas que c'est nous qu'on mange tout devant lui. » (P4)  
 « on est obligé de partir de la maison à 5h30 du matin, à cause des embouteillages ! Mais ça, ça ne rentre pas en compte, voyez, c'est notre choix ! » « c'est une contrainte pour la prise en charge » (P6)  
 « Ben c'est parce que quand on finit une journée de travail et que moi quand je rentre le soir j'ai encore du travail [...] Donc là, je prends sur moi en ce moment pour avoir un légume prêt, un légume cuit. » (P7)  
 « c'était un bouleversement au niveau de la famille, quoi » « c'était beaucoup de sacrifices » (P9)

- A contrario, les parents prennent plaisir à participer aux différents ateliers, ce qui leur permet une mise en œuvre plus aisée chez eux.

« on fait des jeux entre zot [...] y'a tellement de trucs quoi. » (P4)  
 « On fait tout nous-même maintenant ! C. s'est impliquée. On utilise des recettes qu'on a de l'hôpital, pendant les ateliers cuisine » (P6)  
 « elle essaie d'appliquer parce que c'est fait ludique » (P8)

- Ils voient leur présence comme une source de motivation pour leur enfant qui apprécie la disponibilité de son parent. En retour, cette exemplarité est source de motivation pour eux.

« c'est dur de se motiver tout seul » (P2)  
 « mais là je vais me remettre au sport ! Pour l'encourager, je vais repartir ! » (P6)  
 « on est en train de voir pour qu'elle puisse rejoindre un atelier de sport, vous savez, de renforcement musculaire, un petit peu de cardio, des choses comme ça. On a trouvé ça pas trop loin de chez nous donc on va s'y mettre là pendant les vacances [...] on va aller toutes les deux ensemble ! » (P7)  
 « ça été très important pour lui de me voir présente, de participer aux ateliers, de connaître ces gens là, de discuter avec eux » « pour les parents, c'est une journée un peu à part. Ce jour-là, je suis avec mon fils [...] une journée pour moi et lui [...] de passer du temps avec lui. » « il a vu que sa maman puisse s'absenter de son travail pour venir s'occuper de lui, c'est important aussi je pense. » (P9)

- Ils ont pu améliorer leur capacité de communication pour guider leur enfant mais aussi pour diffuser leur savoir.

« la psychologue nous a bien expliqué qu'il fallait qu'elle soit convaincue que on disait pas que ça allait bien pour la rassurer » « Grâce aux ateliers et puis à la psychologue, qui les fait parler pour voir si ça va, si ça va pas et puis à l'infirmière [...] qui à chaque fois qu'elle fait une activité leur explique la nécessité de l'activité, l'importance » (P6)  
« J'essaie de prendre sur moi pour pas avoir de conflits tout le temps parce que c'est pas le but non plus [...] Sinon ça va être des reproches et des reproches et je trouve pas que ce soit des choses qui vont faire avancer par rapport à essayer de discuter et de faire avancer les autres choses entre nous qui. » (P7)  
« c'est vrai que parfois on partage aussi ce qu'on a appris avec d'autres personnes de la famille » « ça m'a aidée, aussi, dans l'éducation de mon fils » (P9)

- Ils disaient apprendre à être patients face à une prise en charge globale, évolutive et pluridisciplinaire dont les résultats s'observent sur le long terme.

« Faut avoir la patience. » (P4)  
« Mais maintenant, c'est bon, j'ai compris hein ! On y va doucement » (P6)  
« On a compris qu'elle n'allait pas maigrir comme ça du jour au lendemain... voilà... que c'était un suivi à long terme surtout... que c'est pas en deux trois mois que ça allait être réglé. » (P8)  
« parce qu'à un moment c'était problématique, je me disais « il va jamais y arriver », ça prend du temps quoi. » (P9)

- Les parents apprécient d'être encadrés et suivis de manière régulière pour maintenir les changements mis en place dans leur quotidien et l'autonomisation de leur enfant.

« Je trouve la prise en charge est très bien mais le problème c'est L.... c'est pas nous, c'est pas l'hôpital mais c'est lui... qui faut qu'il soit conscient » (P3)  
« Il faut aussi qu'il trouve son équilibre quoi. Par équilibre mi di a ou, plus tard, avec le fait qu'il est grandi, il va permettre de se débrouiller un peu tout seul. » « Quand on veut la responsabilité, il faut lui donner... même s'il veut pas, on essaye de lui faire plus confiance encore. » « Un jour, mi dis a ou, quand zot sera majeur faut qui débrouille à zot tout seul ! » (P4)  
« Le fait qu'elle doit y aller, elle fait attention tout le reste du mois quoi ! » (P6)  
« on essaie de mettre des choses en place et le fait de se revoir, ça permet de se dire « ah ben ça c'est vrai, ça fait longtemps qu'on a pas fait » ou « on a laissé tomber, il faudrait qu'on revienne dessus en fait » » (P7)  
« il y avait l'hôpital tous les mois donc si vous voulez ça nous rappelle un peu à l'ordre. » « moi ce que je veux c'est qu'il devienne plus autonome parce que je trouve qu'il manque d'autonomie » (P9)

#### Catégorie 4 : Le militantisme

- L'obésité de leur enfant est une source d'exclusion sociale mais les compétences acquises au cours de la prise en charge leur permettent d'y répondre.

*« à l'école, il n'a pas beaucoup de camarades non plus » (P1)*  
*« Il me dit pas, mais je sais que c'est ça, c'est le regard des autres vis à vis de son poids. » « j'ai pas compris pourquoi mon enfant faisait pas partie de ça... » « on a fait, aujourd'hui, les magasins pour acheter des vêtements pour lui... c'était galère... c'était galère parce que, effectivement, c'est pas évident de trouver des vêtements de sa taille » « le programme scolaire n'inclue pas des enfants comme ça, qui sont suivis pour cette pathologie là » (P2)*  
*« se faire identifier, être dans un cadre de suivi d'obésité, ça peut aussi apporter des moqueries » (P9)*

- Les parents appréhendent le regard des autres et notamment le jugement de l'école. Ils redoutent également de devoir justifier leur absence professionnelle.

*« quand j'ai le rendez-vous pour l'obésité ben c'est un peu ma hantise, quand ils vont me dire il faut que je vienne et que je peux pas venir » (P1)*  
*« Vous savez c'est quoi qui est le plus difficile ? C'est le regard des autres... vous savez c'est pour ça que je vous dis je voulais arrêter le programme...parce que, en fait, il faut que je dise là-bas, au lycée, que mon enfant est suivi, que mon enfant est suivi par l'hôpital d'enfants, et donc s'absenter ... » (P2)*  
*« Parce que pour le collègue, c'est pas une maladie ! » (P6)*  
*« Elle adhère pas (au sport) parce qu'elle a honte » (P8)*  
*« parce qu'en milieu scolaire, je sais que ça peut apporter des moqueries » « une relation plus étroite entre le service et l'éducation nationale pourrait changer la mentalité des gens » (P9)*

- Ils doivent régulièrement justifier les absences scolaires de leur enfant et aimeraient plus de liens entre le service et l'éducation nationale.

*« l'année prochaine je ne sais pas s'il pourra repartir en service d'obésité parce que sur son bulletin scolaire c'est marqué trop d'absences. » (P1)*

*« on va essayer de voir avec l'hôpital si on peut bouger parce qu'avec le rectorat c'est pas possible ! » « c'est à moi de faire bouger l'hôpital et pas le rectorat ! » (P6)*

*« par exemple, l'année dernière encore, je me rappelle, il avait journée d'hôpital et j'ai eu la remarque de quelqu'un qui me dit « oui, mais maintenant il va être en terminale, on fait pas rattraper les trucs et tout ça » mais j'ai dit « c'est pas pour faire joli qu'il va à l'hôpital, si il y va c'est qu'il en a besoin ! ». Mais eux, ils voient ça comme un inconvénient. » « une relation plus étroite entre le service et l'éducation nationale pourrait changer la mentalité des gens » (P9)*

- Ils doivent aussi se justifier auprès de leurs proches par rapport aux changements mis en place ou leur vigilance accrue.

*« c'est très difficile quand un s'énerve parce qu'il a pas son riz grains carry comme typiquement on mange à La Réunion, genre mon mari » « il faut vraiment que je mette les points sur les i, il faut vraiment que je sois plus forte que ça et que je mette les points sur les i pour leur dire "ben arrêtez, arrêtez, faut manger vraiment ça, faut manger moins..." » (P2)*

*« Mais c'est en dehors que j'arrive pas à gérer ! C'est pas à la maison, c'est en dehors. » (P3)*

*« Mais au niveau de tout ce qui est alimentation ou quoi que ce soit, par rapport à elle, ça ne change pas. C'est-à-dire que chez eux (grands parents), il faut que je fasse doublement attention, si je puis dire. » (P7)*

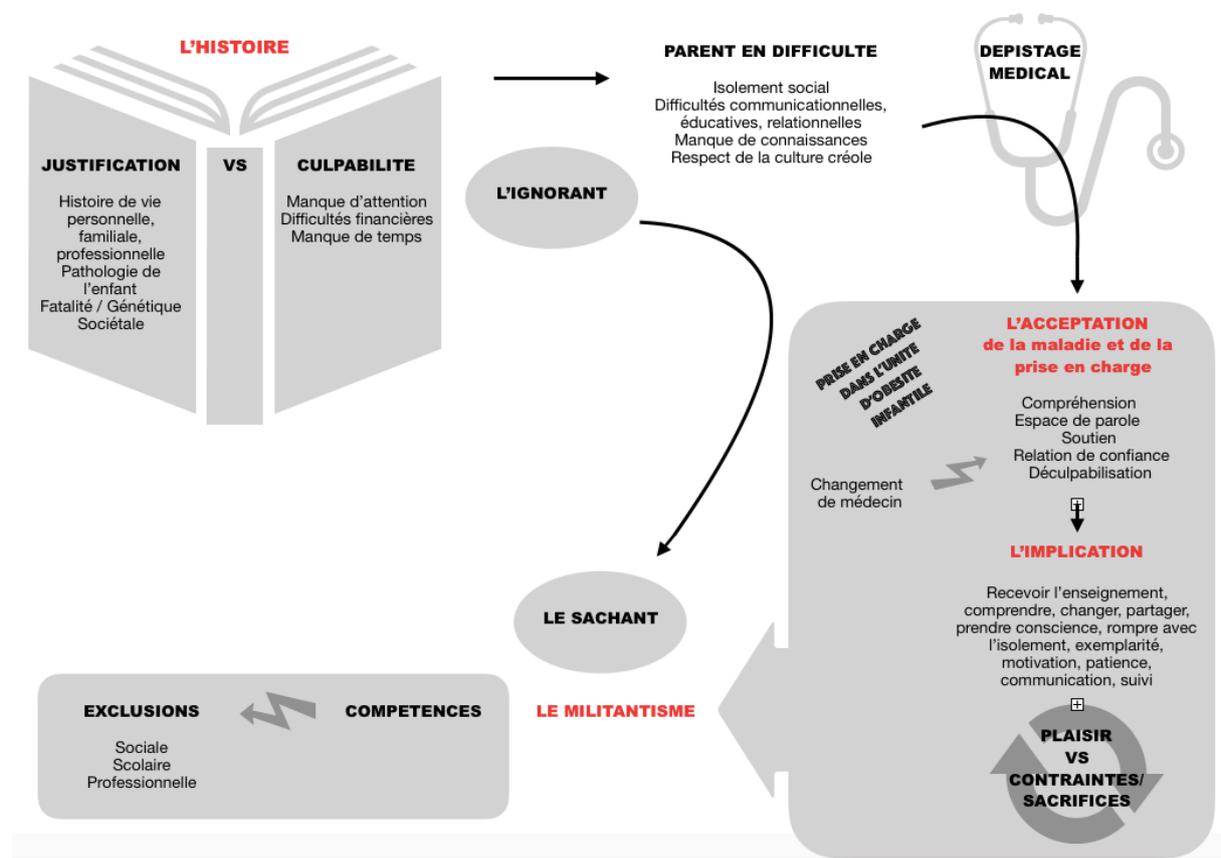
*« Mais en dehors, quand on explique ça autour de nous, quand elle va chez les autres et qu'on explique qu'elle va pas se resservir, qu'elle s'est déjà servie suffisamment...ça c'est pas super bien pris en fait ! Parce que bon... « aujourd'hui c'est la fête, elle mange, faut la laisser ! » On n'est pas vraiment écoutés, nous, face aux autres ! » (P8)*

## DISCUSSION

### Résultat principal

L'objectif principal de ce travail de recherche était d'explorer et comprendre l'expérience vécue par les parents dont les enfants, en situation d'obésité, sont pris en charge au sein du service d'obésité infantile de l'Hôpital d'Enfants, à La Réunion.

Les différentes catégories ressortant de l'analyse de ces entretiens peuvent être mises en relation selon le schéma explicatif ci-dessous. Il permet de visualiser l'évolution du ressenti des parents tout au long de leur parcours.



Les catégories citées dans l'analyse axiale s'enchainent de la même manière sur ce schéma. Ainsi nous retrouvons les deux ressentis émergeant de l'histoire de vie des parents, justification et culpabilité, aboutissant à ce(s) parent(s) en difficulté. C'est cette dernière notion qui ressort comme résultat principal de cette étude et qu'il est nécessaire d'inclure dans le dépistage. Une fois dépistés, ces parents en difficulté avec leur enfant en situation d'obésité sont orientés vers une prise en charge dans l'unité d'obésité infantile de l'Hôpital d'enfants. On y retrouve alors nos deux catégories de l'acceptation et de l'implication. L'acceptation est mise en péril par les changements de médecins trop fréquents dans l'unité, nuisant à la relation de confiance. L'implication des parents fait ressortir une notion inattendue de plaisir qui s'oppose aux contraintes et sacrifices ressentis. Enfin, le(s) parent(s) changeant de statut, d'ignorant à sachant, fait apparaître la dernière catégorie du militantisme, utilisant les compétences acquises durant le parcours pour combattre l'exclusion en lien avec l'obésité infantile.

L'histoire de vie des parents pouvait être perçue comme une justification à la prise pondérale de leur enfant. Cependant, la plupart des parents ne faisait pas le lien entre ce contexte (familial, professionnel et/ou pathologique de l'enfant) et le début de la prise pondérale. La génétique était en revanche souvent citée par les parents comme cause, extérieure, à l'obésité de leur enfant, cette fatalité justifiant leur impuissance. Il en était de même pour l'implication de la société et notamment de l'industrie sucrière à La Réunion.

La prise de conscience du surpoids de leur enfant était tardive, du fait la succession de certains évènements de vie, du manque de temps et d'attention. Ils sous-estimaient souvent le poids de leur enfant, banalisant un surpoids largement répandu, presque traditionnel.

Cette prise de conscience tardive amenait les parents à culpabiliser.

C'est cette histoire de vie, entre justifications et culpabilité, qui finissait par mettre les parents en difficulté. Ils s'isolaient socialement d'une part et évoquaient des difficultés communicationnelles, relationnelles et éducatives avec leurs enfants d'autre part.

Dès que les parents avaient pris conscience du surpoids de leur enfant, le manque de connaissances des règles hygiéno-diététiques ou encore de la prise en charge de l'obésité infantile sur un fond de respect des traditions créoles étaient des freins à s'en sortir sans aide extérieure.

Avant l'entrée dans la prise en charge de l'Hôpital d'Enfants, le médecin était au centre de cette triangulation entre parents, enfants et prise en charge. Son intervention permettait l'acceptation et la compréhension de la nécessité d'une prise en charge de l'enfant par ses parents. Mais il faisait aussi le lien entre parents et enfant, se substituant aux difficultés de communication des parents envers leur enfant, pour conduire également l'enfant vers cette acceptation.

Dès le début de la prise en charge dans l'unité d'obésité infantile de l'Hôpital d'Enfants, les parents découvraient un espace de parole où ils pouvaient se livrer, se sentir compris et soutenus, aboutissant, par la relation de confiance construite, à une déculpabilisation de leur responsabilité parentale. L'acceptation de la maladie et de la prise en charge ne pouvait se faire qu'à travers ce processus d'écoute et d'empathie leur permettant ainsi de s'impliquer réellement dans la prise en charge de leur enfant. Les changements de médecin référent dans le service nuisaient à cette étape primordiale.

Les contraintes ressortant de l'implication des parents dans les changements à mettre en place pour la prise en charge de leur enfant étaient pressenties et vécues, parfois, comme de réels sacrifices pour tous les membres de la famille. Cependant, une dimension totalement inattendue était celle du plaisir des parents à participer à la prise en charge de leur enfant, qu'on aurait pu *a priori* considérer comme une corvée.

Les parents recevaient un enseignement diversifié mais il semble que l'alimentation était le domaine dans lequel ils apprenaient le plus de choses. Les informations reçues leurs permettaient de comprendre les modalités de la prise en charge et notamment à être patients face aux résultats. Les parents prenaient plaisir à participer aux différents ateliers, conçus de manière ludique, facilitant la mise en pratique dans leur quotidien et le changement de leurs habitudes.

Les groupes de parents, en présence des professionnels, leurs permettaient de partager sur leurs difficultés, trouver des solutions mais également de sympathiser et ainsi rompre avec leur isolement quotidien.

Ils évoquaient, à travers les entretiens, l'importance de se rendre disponible pour leur enfant, source de motivation pour ce dernier mais également pour eux même, par leur exemplarité.

Ce lien parents-enfant renforcé durant la prise en charge permettait une amélioration de leur communication.

Ces ressentis permettaient de mettre en évidence une autre dimension inattendue, celle de générer des relations parents-enfants plus riches qu'elles ne l'auraient été en l'absence de problème de santé tel que l'obésité. Il serait d'ailleurs intéressant de compléter ce travail par une étude des ressentis des enfants au cours de leur parcours concernant leur relation avec leurs parents.

Outre des capacités de communication améliorées, leur permettant de guider leur enfant, l'amélioration de leur communication permettait également aux parents de diffuser leur savoir.

Ainsi, l'implication des parents dans la prise en charge aboutissait à un autre résultat majeur, celui d'acquérir un statut spécifique du parent sachant dans la communauté.

Le suivi régulier des enfants mais aussi des parents était vécu comme facilitant le maintien des changements mis en place dans leur quotidien et améliorant le manque d'autonomie de leur enfant.

Les compétences acquises au cours de la prise en charge leurs permettaient de pouvoir combattre les préjugés, source d'exclusion, qu'ils pouvaient rencontrer dans le milieu scolaire, professionnel mais aussi personnel.

### ***Comparaison avec la littérature***

De la même manière que ce que nous retrouvons ici, plusieurs études ont montré que les parents supposent que les influences génétiques ont été un facteur clé des problèmes de poids de leur enfant. Ils justifient ainsi la croissance et le poids de leur enfant et l'écart avec la courbe de croissance normale <sup>(28)</sup>.

D'autre part, on retrouve effectivement dans la littérature <sup>(25)</sup> l'étude des sociétés ultramarines et de leurs transformations plus rapides qu'en métropole en terme de modalités d'accès aux aliments.

Face à la montée de l'obésité, les discours de santé publique à La Réunion faisaient la promotion des « trois repas par jour sans hors repas ». Or, les journées alimentaires traditionnelles s'organisaient auparavant en deux repas. Les changements très rapides qui ont accompagné la modernité alimentaire ont pu contribuer à déstabiliser les modèles existants et avoir des effets négatifs sur la corpulence. De plus, le passage rapide des situations de pénurie à l'abondance fait que le « bien manger » est encore associé à la quantité et à la satiété à La Réunion. A partir des années 70, La Réunion est passée en quelques décennies d'une société de plantation à une société de consommation de masse.

Dans cette étude <sup>(25)</sup>, 37% de la population interrogée prenait trois repas et une ou plusieurs consommations hors repas et que seulement 16% de la population prenait toujours les deux repas traditionnels. L'aliment essentiel cité à La Réunion est le riz à la différence des fruits et légumes en métropole. Les boissons sucrées arrivant en troisième position après l'eau montrent un goût pour les boissons sucrées et pourrait être expliqué par le lien avec l'histoire sucrière et le fait que ces boissons sont considérées comme modernes. Les fruits et légumes sont moins valorisés car associés à la pauvreté et au manque de variété alimentaire. La prise en compte des modèles alimentaires préexistants à la diffusion de messages nutritionnels et campagne de santé publique devrait donc être plus importante dans ce contexte.

Ces notions ressortaient également dans notre étude. Les parents avaient eux-mêmes une alimentation qui associait respect de la culture alimentaire créole, alimentation européenne et restauration rapide, importée en même temps qu'un mode de vie plus métropolitain. Cette hygiène alimentaire spécifique était transmise aux enfants.

Cette acculturation a également été décrite dans d'autres pays comme par exemple entre américains d'origine mexicaine, latine ou africaine et américains. Elle était associée à un changement d'idéal de masse corporelle (préférence de « gros bébés » et excès de poids n'étant pas perçus comme un problème de santé par ces populations) et a aussi mené à un changement d'habitudes alimentaires (plus grosses portions et moins de fruits et légumes qu'au Mexique par exemple). D'une façon générale, on peut dire que la corrélation entre obésité et statut socio-économique s'inverse dans les pays développés alors qu'elle est une pathologie de transition entre monde traditionnel et mondialisation dans les pays en développement <sup>(29-31)</sup>.

La littérature a d'ailleurs établi une relation entre IMC parental et IMC de l'enfant, associée à des bilans énergétiques similaires <sup>(31)</sup>.

Plusieurs études et revues de la littérature <sup>(32-35)</sup> ont également montré une importante sous-estimation, par les parents, du poids de leur enfant, particulièrement chez les jeunes enfants obèses.

Cette sous-estimation est une barrière pour prévenir le surpoids ou l'obésité infantile d'où l'importance du rôle du professionnel orientant l'entrée dans la prise en charge et de l'information fournie aux parents en début de prise en charge. Certaines études ont montré qu'une appréciation plus réelle de l'IMC de l'enfant était associée à un meilleur contrôle de l'IMC de leur enfant en grandissant <sup>(35)</sup>.

Concernant la notion de responsabilité parentale, une étude qualitative sociologique <sup>(36)</sup> a montré que cette notion était au cœur des expériences vécues par les parents d'enfants en situation d'obésité. Ces parents se blâmaient également vis-à-vis des contraintes matérielles. Les médias et politiques de santé publique en termes d'obésité aboutissaient également à stigmatiser et dévaloriser ces parents.

Pourtant, l'annonce du diagnostic est codifiée par la Haute Autorité de santé (HAS) <sup>(37)</sup> : expliquer, rassurer, dédramatiser, déculpabiliser, explorer la représentation qu'a

l'enfant de son corps et de son poids et celle qu'en ont les parents, présenter de façon simple les objectifs à long terme et les moyens de les atteindre ensemble.

En miroir des difficultés relationnelles et communicationnelles que les parents rencontraient dans notre étude, une étude a montré que la qualité de l'environnement et des relations parents et particulièrement mère-enfant étaient prédictifs d'une obésité infantile <sup>(38)</sup>. On peut donc se poser la question d'un cercle vicieux entre obésité infantile et dégradation de la relation parents-enfant.

Cette étude a montré une dissociation entre les connaissances parentales théoriques sur l'obésité et la mise en pratique sur leur enfant. Cet aspect est largement retrouvé dans la littérature. Les pratiques parentales permissives et coercitives sont plus courantes chez les familles avec des enfants obèses que chez les familles sans enfants obèses <sup>(39)</sup>. De plus, les parents d'enfants obèses ont moins confiance en leur gestion des comportements alimentaires, des activités et du poids de leur enfant <sup>(37)</sup>. D'autres articles <sup>(28)(40)</sup> soulignent également que de nombreux parents ont du mal à adopter une approche parentale qui favorise un mode de vie sain.

Une de ces études s'est également penchée sur les forums de discussion de parents. Ces forums offrent un moyen d'identifier et de discuter des stratégies qui peuvent fonctionner pour leur famille grâce à l'expérience partagée des autres. Mais le fait de partager leur défaillance parentale en ligne les expose au jugement de l'autre. De plus, ces forums de discussion peuvent fournir aux parents des informations de santé inexactes et leurs permet de normaliser le poids de leur enfant et ainsi se rassurer <sup>(28)</sup> <sup>(41)</sup>. Sur ces forums de discussion, les parents ont ciblé les infirmières scolaires et les médecins généralistes comme ceux impliqués dans la surveillance du poids d'un enfant et annonçant le diagnostic qu'ils n'avaient pas réalisé. Certains parents ressentent d'ailleurs cette intervention comme un jugement, souvent rendu de manière inappropriée, sans considération du contexte familial. Ces expériences négatives les amènent à aller chercher d'autres informations auprès d'autres sources comme les forums internet pour répondre à leurs questions et besoins émotionnels surtout.

Deux thèses réalisées sur le vécu d'un programme d'éducation thérapeutique de l'obésité de l'enfant <sup>(42)</sup> et de l'expérience d'un parcours pluridisciplinaire <sup>(43)</sup> évoquaient également que les efforts des parents jouaient un rôle important dans le maintien de

cette motivation tout comme leur soutien et leur écoute, sans culpabilité en cas d'échec. Les parents sont la clef indispensable à la réussite de toute prise en charge, ce sont eux qui fournissent les efforts les plus importants. Une étude <sup>(36)</sup> proposait, entre autre, de considérer les parents d'enfants en situation d'obésité comme des « experts par expérience » et ainsi de faire appel à l'expertise de ceux-ci dans leur milieu de vie. La notion de « communauté de résistance » était également abordée, non pleinement formée par une action politique en réponse à la stigmatisation et la responsabilité d'autant plus ressentie mais cette recherche donnait néanmoins un aperçu du potentiel de développement d'une telle communauté de résistance.

Enfin, le suivi de longue durée, pluridisciplinaire, favorisant l'aide au maintien de la perte de poids, est également retrouvé dans d'autres études <sup>(42)(44)</sup> et conseillé par la HAS <sup>(37)</sup> en impliquant les parents pour un minimum de 2 ans.

### ***Forces et limites de l'étude***

Des limites à cette étude sont à prendre en compte.

Seulement neuf participants ont pris part à cette étude. La population d'intérêt ne représentait que quelques dizaines de personnes, et beaucoup ont refusé de participer. Néanmoins il a été possible de constituer un échantillon varié pour tous les critères de variations prévus.

Les entretiens ont tous été conduits par une enquêtrice strictement francophone. Certains de ces interlocuteurs auraient spontanément parlé créole. On peut donc considérer qu'il s'agit d'une barrière linguistique relative, dont il est difficile d'évaluer l'impact.

Ces entretiens ont été conduits par téléphone, ce qui a rendu impossible l'analyse non verbale et a sans doute limité leur durée. Néanmoins, il est possible que certains parents se soient ainsi plus facilement confiés qu'en face à face <sup>(45)</sup>.

Une situation conjugale n'était pas représentée : il n'y avait pas de parent veuf ou veuve. Il est impossible d'affirmer que l'analyse d'une telle situation aurait modifié ou pas les résultats.

Aucune famille n'habitait à l'ouest ou au sud de l'île. Une seule habitait au nord-ouest, trois au nord et les autres à l'est de l'île. La côte sud-ouest est habitée par beaucoup de métropolitains et une population globalement plus aisée.

Un seul père a été interviewé.

Par ailleurs, aucun participant, homme ou femme, n'était ouvrier ou agriculteur.

Quelles qu'en soient les limites, cette étude est à notre connaissance une des rares à s'être intéressée principalement aux ressentis des parents dans cette situation.

### ***Perspectives pour la pratique***

Suite aux entretiens, des propositions d'amélioration de la prise en charge pourraient être proposées.

En effet, la HAS propose trois niveaux de prise en charge :

- Le 1<sup>er</sup> recours : prise en charge de proximité par le médecin habituel, en cas de surpoids ou obésité non compliquée, contexte familial favorable et sans problème psychologique et social majeur.
- Le 2<sup>nd</sup> recours : prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire et faisant appel à des professionnels spécialisés en cas d'échec de la prise en charge de 1<sup>er</sup> recours, de surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC, d'obésité avec comorbidités, de contexte familial défavorable ou de problématique psychologique et sociale. Le médecin habituel coordonne les soins.
- Le 3<sup>ème</sup> recours : prise en charge organisée à une échelle régionale et coordonnée par un médecin et une équipe spécialisée en cas d'échec de la prise en charge de 2<sup>nd</sup> recours, de comorbidités sévères, d'handicap dans la vie quotidienne généré par l'obésité ou de contexte familial très défavorable. Cette prise en charge peut aboutir à des avis spécialisés ou à indiquer un séjour en Soins de suite et de réadaptation (SSR) court ou prolongé.

L'unité d'obésité infantile se trouve dans cette troisième catégorie. Cependant, elle ne propose plus d'hospitalisation de semaine. Or, d'après les recommandations de la HAS mais surtout de ce qu'il ressort de ces entretiens, la reprise de ces hospitalisations, plus prolongées et l'augmentation des possibilités de camps de vacances seraient probablement positifs.

Le réseau pédiatrique de La Réunion RP974 pour la zone géographique nord-est, entre autres, se trouve dans la seconde catégorie mais ce genre de réseau n'existe pas dans toutes les régions. Il propose un suivi sur 3 ans avec une consultation tous les mois la première année, tous les 2 mois la seconde et tous les 3 mois en dernière année. Ces consultations sont réalisées par des médecins généralistes, nutritionnistes, endocrinologues ou pédiatres et sont complétées par six consultations individuelles avec une diététicienne et une psychologue. Des ateliers d'activité physique en groupe et d'alimentation sont également proposés.

Une thèse <sup>(46)</sup> s'est intéressée au dépistage et à la prise en charge de l'obésité de l'enfant par des médecins généralistes et certains obstacles ont été notés : la résistance de la famille, le manque de temps, de résultats, de compétence et le manque d'accessibilité aux professionnels spécialisés.

Il semble donc que la prise en charge proposée en première catégorie soit difficile à mettre en place, l'avenir étant à la prise en charge pluridisciplinaire en maison de santé par exemple lorsqu'il n'existe pas de réseaux dédiés.

De plus, les recommandations de la HAS <sup>(37)</sup> concernant le dépistage de l'obésité infantile évoque des signes d'alerte à repérer : rebond d'adiposité précoce, ascension continue de la courbe IMC depuis la naissance, changement rapide de couloir de la courbe IMC vers le haut et rapport tour de taille / taille > 0,5. Cependant, le résultat principal de cette étude montre que le repérage de parents en difficulté avec leur enfant devrait faire proposer un suivi pondéral régulier des enfants et qu'une attention particulière du médecin traitant doit être également portée en cas d'autre pathologie chronique de l'enfant ou trouble des apprentissages.

Cibler les pratiques parentales inefficaces et les problèmes éducationnels pourraient être une approche plus efficace de la prise en charge. De plus, les professionnels de santé doivent aussi tenir compte de cette culpabilité ressentie à propos de la responsabilité parentale afin que la mère ne se considère pas comme une « mauvaise mère ».

La place du père reste par ailleurs à préciser afin de trouver comment ils pourraient soutenir les mères dans le changement des habitudes alimentaires.

De même, l'impact des grands parents et la pression culturelle qu'ils exercent restent à examiner de plus près bien qu'ils soient souvent cités dans les entretiens.

On peut imaginer que la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique à domicile, comme il existe déjà pour l'asthme de l'enfant à La Réunion, avec un groupe d'enfants du quartier, voisins, familles et proches concernés et notamment implication des grands-parents pourrait être une évolution bénéfique dans la prise en charge. En effet, cela pourrait d'une part permettre la prise en compte du milieu de vie avec des propositions de changements plus adaptés et d'autre part impliquer d'autres proches dans la prise en charge de l'enfant tout en engendrant une plus grande motivation par cet effet de groupe, grâce à une cohésion quotidienne.

La Réunion fait partie des quatre départements bénéficiant, depuis le début d'année 2018, du programme « mission : retrouve ton cap »<sup>(47)</sup> mis en place par la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) et l'Agence régionale de santé (ARS) afin de prévenir le risque d'obésité infantile chez les enfants de 3 à 8 ans, en surpoids, dépistés par leur médecin traitant mais élargi à l'obésité. Dans ce cadre, ou dans le cadre du réseau, l'activité physique est prise en charge. On pourrait espérer à l'avenir une prise en charge à l'échelle nationale ou une participation de la sécurité sociale, et notamment dans des régions où il n'y a pas de réseaux, aux inscriptions des enfants en surpoids ou obèses à une activité sportive.

De manière plus ciblée sur la prise en charge dans l'unité d'obésité infantile, on pourrait également, par exemple, créer un atelier supplémentaire de batch cooking, très actuel pour les mères qui travaillent afin que la notion de manque de temps ne soit plus un obstacle pour une alimentation saine par les mères actives.

De même, un atelier faisant intervenir des conseillers d'orientation professionnelle pourrait être envisagé pour les collégiens ou lycéens afin d'aborder ce sujet peut être plus délicat à approcher en milieu scolaire où ils font déjà l'objet d'une certaine discrimination.

On pourrait également restructurer les groupes en fonction de l'âge mais aussi et surtout de la localisation géographique du domicile afin que ces enfants puissent également se côtoyer hors hôpital et ainsi agir sur leur motivation.

Enfin, mettre en place une collaboration entre l'unité d'obésité infantile et la médecine scolaire semble une des perspectives les plus importantes, pour créer une communication avec le milieu scolaire au sujet de l'enfant, mettre en place un Projet d'accueil individualisé (PAI) justifiant les absences scolaires dans le cadre du suivi et permettre le rattrapage des enseignements ou même préparer un programme de leçons et exercices à réaliser durant de futures hospitalisations de semaine voir même inclure un enseignant comme cela existe déjà en SSR pédiatrique.

## REFERENCES

---

1. Organisation Mondiale de la Santé. Surpoids et obésité de l'enfant. Genève : OMS, 2019. Disponible sur : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/fr> [Consulté le 12 décembre 2019].
2. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Genève : OMS, 2003. Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42734/WHO\\_TRS\\_894\\_fre.pdf;jsessionid=0A7619A41B83912B25D3D00AFB065363?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42734/WHO_TRS_894_fre.pdf;jsessionid=0A7619A41B83912B25D3D00AFB065363?sequence=1) [Consulté le 9 janvier 2020].
3. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids. Genève : OMS, 2018. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [Consulté le 9 janvier 2020].
4. Organisation Mondiale de la Santé. En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix. Genève : OMS, 2017. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who> [Consulté le 9 janvier 2020].
5. Haute Autorité de santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Saint-Denis : HAS, 2011. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics\\_obesite\\_enfant\\_adolescent.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_enfant_adolescent.pdf). [Consulté le 9 janvier 2020].
6. Institut national de la santé et de la recherche médicale. De nouvelles courbes de croissance de référence françaises. Paris : Inserm, 2018. Disponible sur : <https://presse.inserm.fr/de-nouvelles-courbes-de-croissance-de-reference-francaises/30775/> [Consulté le 9 janvier 2020].
7. Haute Autorité de santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Synthèse des recommandations de bonne pratique. Saint-Denis : HAS, 2011. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite\\_enfant\\_et\\_adolescent\\_-\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_synthese.pdf) [Consulté le 15 novembre 2019].
8. McCrindle BW. Cardiovascular consequences of childhood obesity. *Can J Cardiol* 2015;31(2):124-30.
9. Spinelli A, Buoncristiano M, Kovacs VA, Yngve A, Spiroski I, Obreja G, et al. Prevalence of severe obesity among primary school children in 21 european countries. *Obes Facts* 2019;12(2):244-58.

10. Avnieli Velfer Y, Phillip M, Shalitin S. Increased prevalence of severe obesity and related comorbidities among patients referred to a pediatric obesity clinic during the last decade. *Horm Res Paediatr* 2019;5:1-10.
11. Cawley J. The economics of childhood obesity. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(3):364-71.
12. Faucher P, Poitou C. Physiopathologie de l'obésité. *Revue du rhumatisme monographie* 2016;83(1):6-12.
13. Gurnani M, Birken C, Hamilton J. Childhood obesity. *Pediatr Clin North Am* 2015;62(4):821-40.
14. Campión J, Milagro FI, Martínez JA. Individuality and epigenetics in obesity. *Obes Rev* 2009;10(4):383-92.
15. Xu S, Xue Y. Pediatric obesity: causes, symptoms, prevention and treatment. *Exp Ther Med* 2016;11(1):15-20.
16. Alliot X, Fianu A, Papoz L, Favier F. Trends and sociocultural factors for childhood overweight in La Reunion Island. *Diabetes Metab* 2007;33(5):347-53.
17. Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *Lancet* 2010;375(9727):1737-48.
18. Pesty A. Prise en charge de l'obésité sévère a la Réunion : résultats et facteurs pronostiques. Thèse de médecin :. Université de Nantes, 2013.
19. Vollmer RL. An exploration of how fathers attempt to prevent childhood obesity in their families. *J Nutr Educ Behav* 2018;50(3):283-88.
20. Payet G. L'obésité infantile, un problème de poids pour les médecins généralistes : exploration des représentations des médecins généralistes de la Possession concernant l'obésité infantile et sa prise en charge. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2018.
21. Réseau pédiatrique du 974. L'obésité infantile à La Réunion. Saint-Denis : RP974, 2020. Disponible sur : <https://rp974.com/index.php/professionnels> [Consulté le 12 février 2020].
22. Plateforme d'Information des études en santé. La corpulence des enfants en classe de 6<sup>ème</sup> et des enfants en grande section de maternelle à La Réunion en 2011-2012. In *extenso* 2013;2:4-11. Disponible sur : [https://www.ac-reunion.fr/fileadmin/ANNEXES-ACADEMIQUES/01-SERVICES-ACADEMIQUES/service-dsm-statistiques/PublicationsExternes/ARS/PIES\\_ARS\\_obesite\\_n\\_2\\_BD.pdf](https://www.ac-reunion.fr/fileadmin/ANNEXES-ACADEMIQUES/01-SERVICES-ACADEMIQUES/service-dsm-statistiques/PublicationsExternes/ARS/PIES_ARS_obesite_n_2_BD.pdf) [Consulté le

12 février 2020].

23. Palma V. Dépistage de l'obésité adulte et des pathologies associées en médecine générale dans la ville du Port, d'avril 2013 à janvier 2014, dans le cadre du Plan Obésité à destination des populations d'Outre-mer. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2014.
24. Tibère L. L'alimentation dans le « vivre ensemble » multiculturel : l'exemple de La Réunion. Paris : L'Harmattan, 2009.
25. Tibère L, Poulain JP. La « modernité alimentaire » dans les territoires français d'Outre-mer. *cahier de nutrition et de diététique* 2019;54(5):266-74.
26. Garandeau P. L'obésité infantile : que fait-on pour la prévenir et la prendre en charge ? *Expressions* 2009;32:49-63.
27. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives* 2006;26(2):1-18.
28. Appleton J, Fowler C, Brown N. Parents' views on childhood obesity: qualitative analysis of discussion board postings. *Contemp Nurse* 2017;53(4):410-20.
29. Beaglehole R. L'obésité est un problème de pays riches. Genève : OMS, 2004. Disponible sur : [http://www.lecavalierbleu.com/wp-content/uploads/2016/11/extrait\\_152.pdf](http://www.lecavalierbleu.com/wp-content/uploads/2016/11/extrait_152.pdf) [Consulté le 2 février 2020].
30. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Dimensions sociales de l'obésité. In: Inserm (Ed) *Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant*. Paris : Inserm, 2000. Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/187/?sequence=12> [Consulté le 2 février 2020].
31. Nelson K. Parental weight status and household environment affect weight status of child. *Mémoire de santé publique* : Université de Caroline du Nord, 2019.
32. Ruitter ELM, Saat JJEH, Molleman GRM, Fransen GAJ, Van Der Velden K, Van Jaarsveld CHM, et al. Parents' underestimation of their child's weight status. Moderating factors and change over time: A cross-sectional study. *PLoS One* 2020;15(1):e0227761.
33. Confiac N, Turk MT, Zoucha R, McFarland M. Mexican american parental knowledge and perceptions of childhood obesity: an integrative review. *Hisp Health Care Int* 2019;154041531987340.
34. Aldolaim S. Parental perceptions of childhood obesity: systematic literature

review. *J Child Obes* 2019, 4(1):70.

35. Gao L, Ma L, Xue H, Min J, Wang H, Wang Y. A 3-year longitudinal study of effects of parental perception of children's ideal body image on child weight change: the childhood obesity study in China mega-cities. *Prev Med* 2020;132:105971.

36. Noonan-Gunning S. Social implications of weight bias internalisation: Parents' Ultimate Responsibility as Consent, Social Division and Resistance. *Front Psychol* 2019;10:2321.

37. Haute Autorité de santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003). Saint-Denis : HAS, 2011. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003](https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003) [Consulté le 31 janvier 2020].

38. Strauss RS, Knight J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics* 1999;103(6):e85.

39. Morawska A, West F. Do parents of obese children use ineffective parenting strategies? *J Child Health Care* 2013;17(4):375-86.

40. Niela-Vilén H, Axelin A, Salanterä S, Melender H-L. Internet-based peer support for parents: A systematic integrative review. *Int J Nurs Stud* 2014;51(11):1524-37.

41. Appleton J, Fowler C, Brown N. Friend or foe? An exploratory study of Australian parents' use of asynchronous discussion boards in childhood obesity. *Collegian* 2014;21(2):151-8.

42. Dumas de la Roque A. Vécu du programme d'éducation thérapeutique de l'obésité de l'enfant de l'hôpital de Draguignan. Thèse de médecine : Université de Nice, 2017.

43. Banzantay A. Surpoids et obésité de l'adolescent : expérience et évaluation d'une prise en charge pluridisciplinaire d'un groupe d'adolescents dans le cadre du REPSO et de la MDA de Tours. Thèse de médecine : Université de Tours, 2014.

44. Buclin-Thiébaud S, Pataky Z, Bruchez V, Golay A. New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: a 5-year follow-up. *Patient Educ Couns* 2010;79(3):333-7.

45. Boutin G. L'entretien de recherche qualitatif : théorie et pratique. 2<sup>e</sup> éd. Québec : PUQ, 2019.

46. Pachot C. Évaluation du dépistage et de la prise en charge de l'obésité de l'enfant par les médecins généralistes libéraux en milieu rural de l'aire urbaine de Paris. Thèse de médecine : Université Paris-Diderot, 2009.

47. Caisse nationale de l'Assurance maladie. Mission Retrouve ton Cap : une expérimentation pour prévenir l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans. Paris : Cnam, 2017.

Disponible

sur :

[http://www.cnreppop.com/pdf/8.Mission%20Retrouve%20ton%20Cap\\_CNAMTS.pdf](http://www.cnreppop.com/pdf/8.Mission%20Retrouve%20ton%20Cap_CNAMTS.pdf)

[Consulté le 2 février 2020].

# ANNEXES

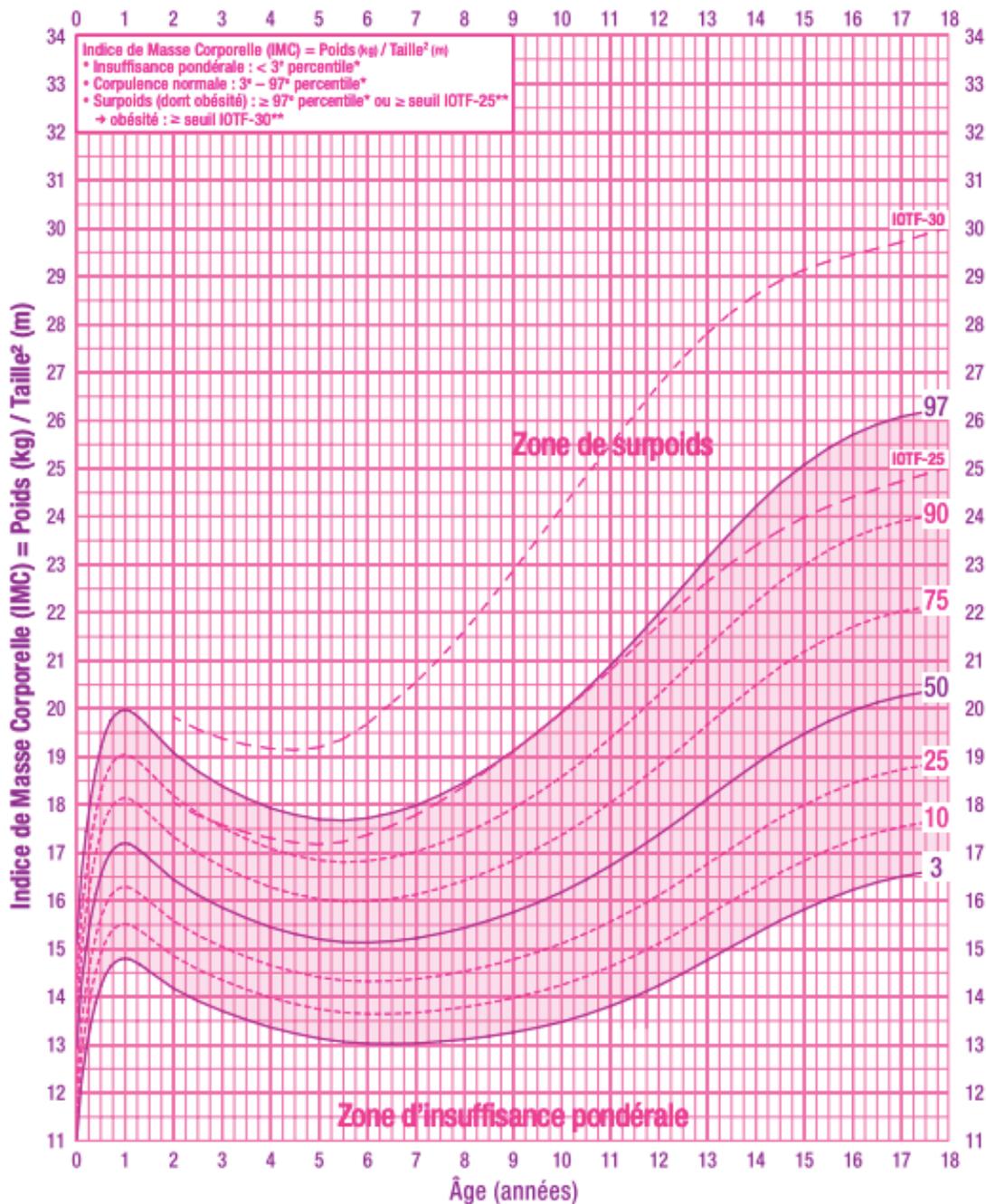
## ANNEXE 1 : Courbes de corpulence des deux sexes de 0 à 18 ans jusqu'en avril 2018



### Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

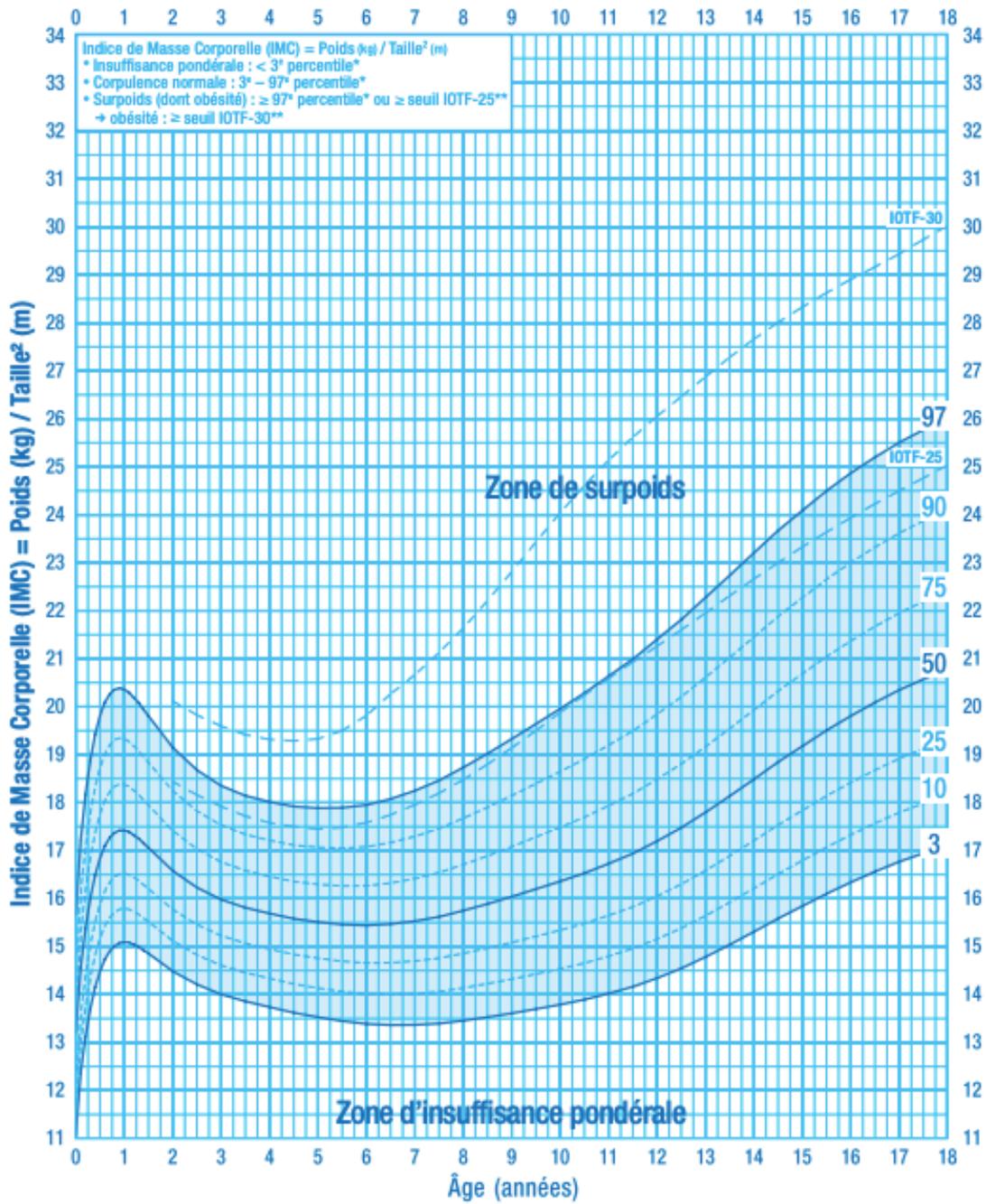
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_



## Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

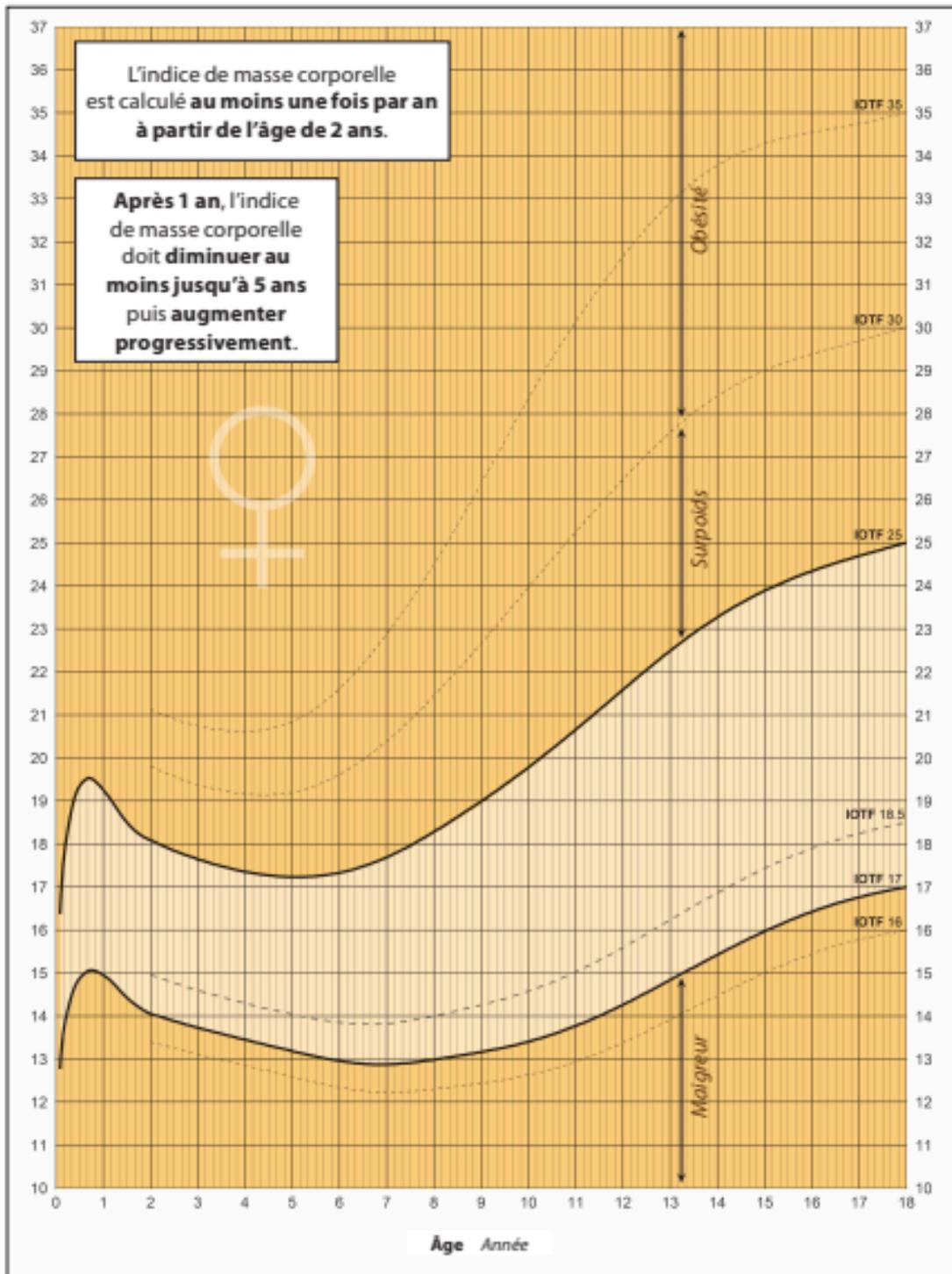
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_



**ANNEXE 2 : Courbes d'IMC des deux sexes de 1 mois à 18 ans à partir d'Avril 2018**

## INDICE DE MASSE CORPORELLE DES FILLES

### DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M<sup>2</sup>)

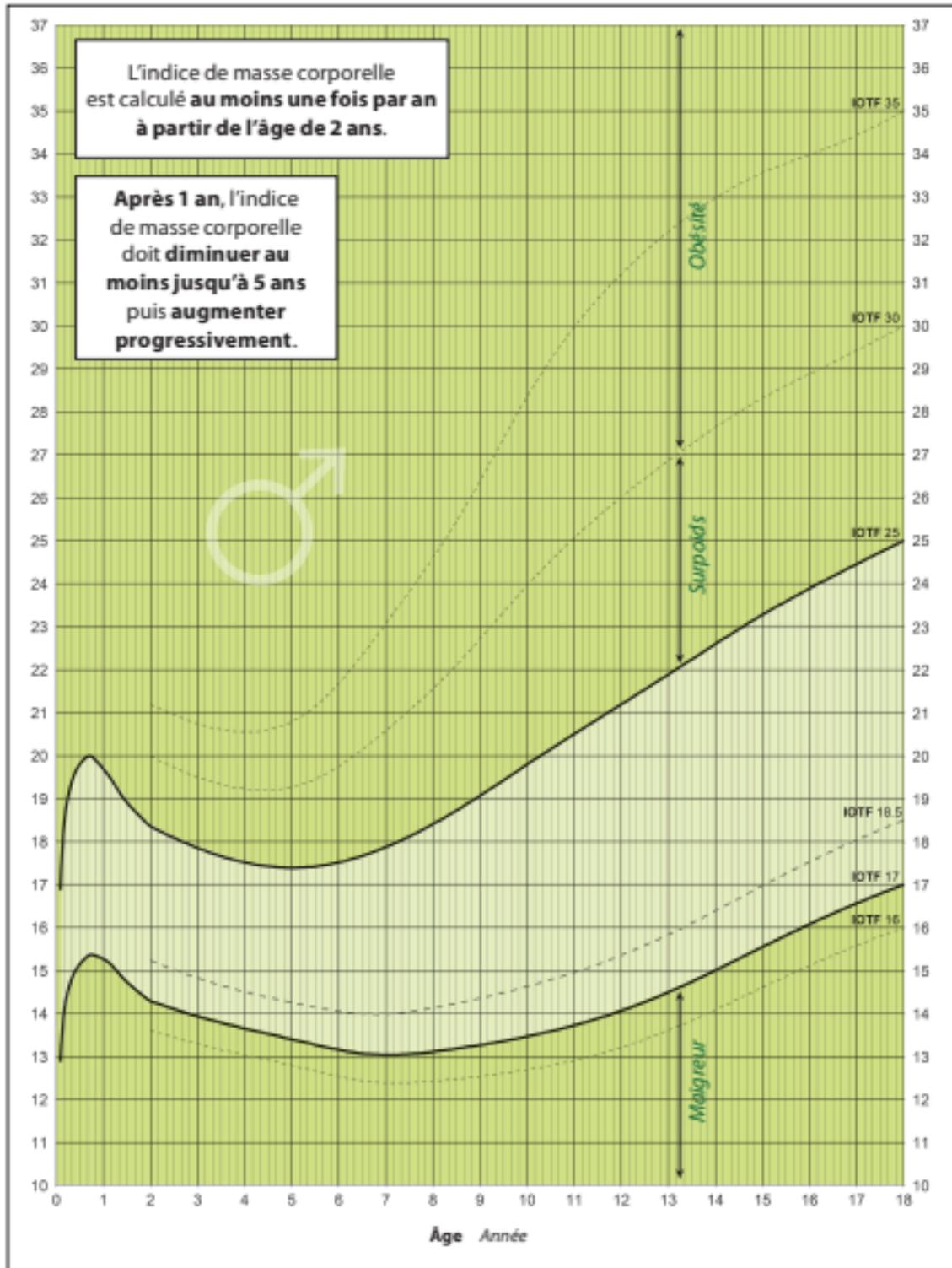


**Après 2 ans :** courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

**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.

# INDICE DE MASSE CORPORELLE DES GARÇONS

## DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M<sup>2</sup>)



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.

### ***ANNEXE 3 : Exploration des a priori des chercheurs par la Méthode des 7 questions***

#### **1/ Quelle est mon questionnement initial ?**

Comment les parents vivent-ils la prise en charge de leur enfant dans le service ? Qu'est-ce qu'ils souhaiteraient voir améliorer pour une meilleure adhérence thérapeutique de leur part ?

#### **2/ Comment en suis-je venue à me poser cette question ?**

Avant mon internat, j'ai travaillé dans l'unité d'obésité infantile en tant que Faisant Fonction d'Interne. Il n'y avait pas de médecin, à cette époque, dédiée à l'unité (départ d'un précédent médecin généraliste et suivant non encore arrivé).

J'ai dû prendre le rôle du médecin avant même de débiter mon internat avec des consultations parents-enfants. Je me sentais démunie face à ces parents et ne savais quoi proposer de plus au parcours débuté, d'autant plus que je ne connaissais pas encore la culture réunionnaise, ce que j'ai pu ressentir comme un frein important.

Je me suis rendue compte que la prise en charge n'était pas optimale, avec peu d'évolution positive des enfants suivis. Il y avait surtout beaucoup d'absentéisme parental avec ce sentiment qu'ils n'avaient pas l'air du tout impliqués dans la prise en charge de leur enfant.

#### **3/ Si j'étais moi-même interrogée, quelle serait ma réponse ?**

Le manque de suivi médical aurait été un problème pour moi en tant que parent et aurait joué sur mon implication je pense. La vie étant plus chère, le coût d'une bonne alimentation serait également apparue dans mes réponses.

#### **4/ Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?**

Savoir comment ces parents vivent la prise en charge de leur enfant permettrait d'améliorer le parcours des enfants mais surtout des parents sans lesquels la prise en charge de l'obésité infantile est impossible. Il est nécessaire de comprendre ce qui leur pose problème afin de proposer des améliorations pour qu'ils soient plus impliqués et moins absents lors des suivis. S'adapter et tenir compte de l'environnement de l'enfant est primordial.

### **5/ Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?**

Que le changement de médecins très fréquent soit un problème.

Qu'être plus présent pour eux soit un problème au niveau organisationnel (trajet, travail, etc.)

Qu'ils veuillent une prise en charge plus efficace et rapide sur la perte pondérale de leur enfant.

Qu'ils évoquent les problème d'une alimentation mixte : créole et européenne, et du coût d'une alimentation équilibrée.

### **6/ Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?**

Que les parents soient demandeur de venir plus souvent accompagner leur enfant, qu'ils participent d'avantage aux ateliers.

Que le regard des autres soit un problème car il y a beaucoup de surpoids à La Réunion et une impression personnelle qu'il est assumé.

### **7/ Quelle est finalement ma question de recherche ?**

Comment les parents d'enfants en situation d'obésité, suivis en service d'obésité infantile, à La Réunion, vivent-ils la prise en charge de leur enfant ?

#### **ANNEXE 4 : Guide d'entretien final**

Bonjour,

Mary LEBLEU, interne en médecine générale.

Comme je l'avais expliqué sur la feuille que l'on vous a remis, je réalise ma thèse de médecine sur « Le vécu des parents d'enfants en situation d'obésité, suivis en unité d'obésité infantile de l'Hôpital d'Enfants à La Réunion ».

Le but de ce travail est de savoir comment vous vivez, au quotidien, la prise en charge de votre enfant dans le service. Il n'y a pas de mauvaise réponse, ce qui est important, c'est vous, vos sentiments vis-à-vis de ce parcours.

Je vous remercie donc de votre participation.

Je vous rappelle que les données recueillies seront anonymes et retranscrites à l'écrit. Je vous les soumettrai pour modifications si vous le souhaitez et pour avoir votre accord avant de les utiliser.

Seriez-vous donc d'accord pour que j'enregistre notre entretien ?

1/ Qu'est-ce qui vous a convaincu de participer à cette étude ?

2/ Pourriez-vous me raconter l'évolution du poids de votre enfant ?

3/ Quelles étaient alors vos connaissances sur l'obésité ?

4/ Comment est venue la décision de faire quelque chose pour le poids de votre enfant ?

5/ Quel sentiment avez-vous ressenti à ce moment-là ?

6/ J'aimerais, maintenant, que vous me parliez de votre prise en charge au sein du service.

7/ Comment vivez-vous cette expérience, ce parcours ?

8/ Quels sont les points positifs, pour vous, de cette prise en charge ?

9/ Quels sont les points négatifs de cette prise en charge ?

10/ Qu'est ce qui est le plus difficile pour vous ?

11/ Que souhaiteriez-vous voir changer dans la prise en charge ?

12/ Qu'est ce qui a changé depuis le début de la prise en charge dans votre quotidien ?

13/ Comment vivez-vous ces changements ?

14/ Qu'est ce qui est le plus difficile, pour vous, dans ces changements ?

15/ Ces changements sont-ils, dans votre quotidien, durables ?

16/ Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

## **ANNEXE 5 : Questionnaire socio-épidémiologique**

AGE ET NATIONALITE DU PERE :

AGE ET NATIONALITE DE LA MERE :

AGE ET NATIONALITE DE L'ENFANT :

SITUATION CONJUGALE :

- Marié(e)
- Concubin(e)
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)
- Séparé(e)
- Célibataire
- Autre (précisez) :

NOMBRE D'ENFANTS ET ÂGES :

LIEU DE RESIDENCE (Précisez Hauts ou Bas) :

CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU PERE :

- Sans activité professionnelle
- Ouvrier
- Employé
- Artisan – commerçant – chef d'entreprise
- Agriculteur
- Profession intermédiaire – cadre moyen
- Cadre supérieur - profession libérale
- Retraité
- Autre (précisez votre profession) :

NIVEAU D'EDUCATION DU PERE :

- Certificat d'études primaires - aucun diplôme
- Brevet des collèges – BEPC
- CAP – BEP – diplôme du même niveau
- Baccalauréat général, techno, pro ou équivalent
- Diplôme de premier cycle universitaire : BTS, DUT ou équivalent BAC +2, Licence
- Diplôme du 2<sup>ème</sup> cycle universitaire : Master
- Diplôme du 3<sup>ème</sup> cycle universitaire : doctorat, grande école, ingénieur

CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DE LA MERE :

- Sans activité professionnelle
- Ouvrière
- Employée
- Artisane – commerçante – chef d'entreprise
- Agricultrice
- Profession intermédiaire – cadre moyen
- Cadre supérieur - profession libérale
- Retraîtée
- Autre (précisez votre profession) :

NIVEAU D'EDUCATION DE LA MERE :

- Certificat d'études primaires - aucun diplôme
- Brevet des collèges – BEPC
- CAP – BEP – diplôme du même niveau
- Baccalauréat général, techno, pro ou équivalent
- Diplôme de premier cycle universitaire : BTS, DUT ou équivalent BAC +2, Licence
- Diplôme du 2<sup>ème</sup> cycle universitaire : Master
- Diplôme du 3<sup>ème</sup> cycle universitaire : doctorat, grande école, ingénieur

NIVEAU SCOLAIRE ACTUEL DE L'ENFANT :

DATE DU DEBUT DE SUIVI DANS L'UNITE D'OBESITE INFANTILE :

**ANNEXE 6 : Consentement**

Je soussigné(e) Mr / Mme .....

- Accepte de participer en tant que volontaire et anonyme à une enquête sur le vécu des parents d'enfants en situation d'obésité, suivis en unité d'obésité infantile de l'Hôpital D'Enfants à La Réunion, dans le cadre d'une thèse de médecine générale menée par Mme LEBLEU Mary sous la direction du Dr PALMA.
- Accepte que cet entretien individuel soit enregistré de façon auditive aux seules fins du présent projet et que ces données soient soumises a posteriori à l'analyse de Mme LEBLEU pour effectuer ce travail.

Le caractère confidentiel et anonyme de ces données sera assuré par la codification des données et les enregistrements audios seront conservés en lieu sûr et sous clé durant une période de 36 mois avant destruction.

Cette étude n'a aucun intérêt financier et n'est sponsorisée par aucun laboratoire pharmaceutique.

L'objectif de cette étude m'a bien été expliqué et je sais que je peux à tout moment arrêter de participer à cette étude.

Je déclare, donc, avoir reçu toutes les informations nécessaires pour donner mon accord.

Fait à ....., le .....

Nom et signature de l'interviewé

Nom et signature de l'intervieweur



## **ANNEXE 7 : Code book**

J'avais des problèmes familiaux  
Il y a des problèmes de santé dans la famille  
On a vécu un deuil  
J'étais absent  
Je suis isolé  
Il est isolé  
Il compense par la nourriture  
Je n'étais pas attentif  
Je ne réalisais pas  
Je me consacrais aux autres  
Je me sacrifie  
Il a une autre maladie chronique  
Il n'avait pas de problème de poids  
« il s'est ancré dans l'obésité »  
J'étais inquiète  
J'ai du mal à prendre une décision  
J'ai réalisé à cause d'avis extérieurs  
Le médecin m'a orienté  
J'ai pris la décision  
« le mal était fait »  
Il mange mieux quand il est encadré  
Il doit prendre conscience  
Il a pris conscience  
Je n'avais pas le temps  
On banalisait la situation  
Il manque d'activités  
Il y a une hérédité  
Il manque de motivation  
On avait des difficultés à communiquer  
On manque d'équilibre alimentaire  
On a finalement accepté la prise en charge psychologique  
J'aimerais plus de suivi  
J'ai besoin d'être encadré de manière régulière

L'absentéisme scolaire compromet la poursuite de la prise en charge  
Je prends plaisir à participer  
Je me rends disponible  
Je dois me justifier  
Je dois comprendre  
J'ai trouvé un espace de parole  
J'apprends  
Je mets en application ce que j'apprends  
Je partage  
Mon implication est nécessaire  
On a confiance  
Je suis soutenue  
J'ai été aidée dans l'éducation de mon enfant  
Grâce à sa prise en charge, j'ai une vie sociale  
Il manque d'autonomie  
Mes proches ne comprennent pas  
Les traditions alimentaires sont importantes et difficiles à changer  
Un suivi régulier est nécessaire pour maintenir les changements  
La société est en cause dans l'obésité  
J'appréhende le regard des autres  
La société exclue les gens obèses  
J'ai fini par accepter sa maladie  
Il y a eu un changement de repères  
L'équilibre alimentaire est plus difficile à maintenir à l'extérieur de la maison  
Je dois justifier ces changements auprès de mes proches  
Je dois le réguler  
Il a des compulsions alimentaires  
J'ai changé nos habitudes alimentaires  
C'est difficile  
J'apprécie la prise en charge globale de mon enfant  
La prise en charge est adaptée à chaque enfant  
Je dois être patient  
Je vis l'obésité comme une fatalité  
L'obésité est un phénomène sociétal

L'obésité est un problème de santé publique

Se faire suivre est stigmatisant

On a une responsabilité parentale

La PEC a amélioré notre communication

On mange plus sainement en métropole

Retrouver une vie sociale est une source de motivation

Je dois montrer l'exemple

L'argent est un obstacle

Les trajets sont contraignants

Les changements de médecin de l'unité sont un obstacle à un suivi de bonne qualité

Ma culture a été une difficulté dans ma prise de conscience

La relation avec l'éducation nationale doit être améliorée

# TABLEAUX

**Tableau 1: Caractéristiques socio-épidémiologiques des participants**

		E1	E2	E3	E4	E5
<b>DUREE DE L'ENTRETIEN</b>		38'	32'32"	20'43"	35'37"	39'41"
<b>DONNES SOCIO-EPIDEMIO</b>						
<b>SEXE DE L'INTERVIEWE</b>						
	Femme					
	Homme					
<b>SEXE DE L'ENFANT</b>						
	Fille					
	Garçon					
<b>AGE PÈRE</b>						
	30-39 ans					
	40-49 ans	49 ans	41	Découvrez plus informations sur vos données		15
	≥ 50 ans			56 ans	56 ans	
<b>AGE MÈRE</b>						
	30-39 ans					
	40-49 ans	48 ans	40 ans	49 ans	49 ans	
	≥ 50 ans					37 ans
<b>AGE ENFANT</b>						
	≤ 10 ans					
	11-15 ans		15 ans	12 ans	12 ans	
	> 15 ans	16 ans				17 ans
<b>NATIONALITE PÈRE</b>						
	Français					
	Autre					
<b>NATIONALITE MÈRE</b>						
	Française					
	Autre					
<b>NATIONALITE ENFANT</b>						
	Français					
	Autre					

		E6	E7	E8	E9
<b>DUREE DE L'ENTRETIEN</b>		31'20"	44'14"	40'45"	50'
<b>DONNES SOCIO-EPIDEMIO</b>					
<b>SEXE DE L'INTERVIEWE</b>					
	Femme				
	Homme				
<b>SEXE DE L'ENFANT</b>					
	Fille				
	Garçon				
<b>AGE PÈRE</b>					
	30-39 ans			36 ans	
	40-49 ans		45 ans		49 ans
	≥ 50 ans	50 ans			
<b>AGE MÈRE</b>					
	30-39 ans			34 ans	
	40-49 ans		44 ans		
	≥ 50 ans	50 ans			58 ans
<b>AGE ENFANT</b>					
	≤ 10 ans		10 ans	9 ans	
	11-15 ans	14 ans			
	> 15 ans				17 ans
<b>NATIONALITE PÈRE</b>					
	Français				
	Autre				
<b>NATIONALITE MÈRE</b>					
	Française				
	Autre				
<b>NATIONALITE ENFANT</b>					
	Français				
	Autre				

SITUATION CONJUGALE				
MARIE				
CONCUBIN				
DIVORCE				
VEUF				
SEPARE				
CELIBATAIRE				
AUTRE				
NOMBRE D'ENFANTS				
1				
2				
3				
> 3				
LIEU DE RESIDENCE				
NORD				
EST				
OUEST				
SUD				
CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU PÈRE				
Sans activité professionnelle				
Ouvrier				
Employé				
Artisan - Commerçant - Chef d'entreprise				
Agriculteur				
Profession intermédiaire- cadre moyen				
Cadre supérieur - profession libérale				
Retraité				
Autre				
CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DE LA MERE				
Sans activité professionnelle				
Ouvrière				
Employée				
Artisane - Commerçante - Chef d'entreprise				
Agricultrice				
Profession intermédiaire- cadre moyen				
Cadre supérieur - profession libérale				
Retraîtée				
Autre				

SITUATION CONJUGALE				
MARIE				
CONCUBIN				
DIVORCE				
VEUF				
SEPARE				
CELIBATAIRE				
AUTRE				
NOMBRE D'ENFANTS				
1				
2				
3				
> 3				
LIEU DE RESIDENCE				
NORD				
EST				
OUEST				
SUD				
CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU PÈRE				
Sans activité professionnelle				
Ouvrier				
Employé				
Artisan - Commerçant - Chef d'entreprise				
Agriculteur				
Profession intermédiaire- cadre moyen				
Cadre supérieur - profession libérale				
Retraité				
Autre				
CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DE LA MERE				
Sans activité professionnelle				
Ouvrière				
Employée				
Artisane - Commerçante - Chef d'entreprise				
Agricultrice				
Profession intermédiaire- cadre moyen				
Cadre supérieur - profession libérale				
Retraîtée				
Autre				

NIVEAU D'EDUCATION DU PÈRE						
	Certificat d'études primaires - Aucun diplôme					
	Brevet des collèges - BEPC					
	CAP-BEP - diplôme du même niveau					
	Baccalauréat général, techno, pro ou équivalent					
	Diplôme du 1er cycle universitaire: BTS, DUT, BAC+2, licence					
	Diplôme du 2ème cycle universitaire: Master					
	Diplôme du 3ème cycle universitaire: Doctorat, grande école, ingénieur					
NIVEAU D'EDUCATION DE LA MERE						
	Certificat d'études primaires - Aucun diplôme					
	Brevet des collèges - BEPC					
	CAP-BEP - diplôme du même niveau					
	Baccalauréat général, techno, pro ou équivalent					
	Diplôme du 1er cycle universitaire: BTS, DUT, BAC+2, licence					
	Diplôme du 2ème cycle universitaire: Master					
	Diplôme du 3ème cycle universitaire: Doctorat, grande école, ingénieur					
NIVEAU SCOLAIRE ACTUEL DE L'ENFANT						
	Ecole primaire					
	Collège					
	Lycée					
	Déscolarisation					
	Autre					
DATE DU DEBUT DE SUIVI DANS L'UOI						
	< 2017					
	2017					
	2018					
	2019					

NIVEAU D'EDUCATION DU PÈRE						
	Certificat d'études primaires - Aucun diplôme					
	Brevet des collèges - BEPC					
	CAP-BEP - diplôme du même niveau					
	Baccalauréat général, techno, pro ou équivalent					
	Diplôme du 1er cycle universitaire: BTS, DUT, BAC+2, licence					
	Diplôme du 2ème cycle universitaire: Master					
	Diplôme du 3ème cycle universitaire: Doctorat, grande école, ingénieur					
NIVEAU D'EDUCATION DE LA MERE						
	Certificat d'études primaires - Aucun diplôme					
	Brevet des collèges - BEPC					
	CAP-BEP - diplôme du même niveau					
	Baccalauréat général, techno, pro ou équivalent					
	Diplôme du 1er cycle universitaire: BTS, DUT, BAC+2, licence					
	Diplôme du 2ème cycle universitaire: Master					
	Diplôme du 3ème cycle universitaire: Doctorat, grande école, ingénieur					
NIVEAU SCOLAIRE ACTUEL DE L'ENFANT						
	Ecole primaire					
	Collège					
	Lycée					
	Déscolarisation					
	Autre					
DATE DU DEBUT DE SUIVI DANS L'UOI						
	< 2017					
	2017					
	2018					
	2019					

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle  
aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune  
discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées  
dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois  
de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs  
conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des  
circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite  
ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me  
seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes  
promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## Vécu des parents d'enfants en situation d'obésité suivis en unité d'obésité infantile de l'Hôpital d'Enfants à La Réunion.

### Résumé

---

L'obésité infantile mondiale a été multipliée par dix au cours des quatre dernières décennies. Elle est un facteur de risque majeur d'obésité à l'âge adulte et de ses conséquences morbides. La prévalence de l'obésité infantile est significativement plus élevée à La Réunion qu'en métropole. La multiculturalité réunionnaise rend cruciale l'adaptation des prises en charge aux représentations socioculturelles.

L'objectif de cette étude était donc d'explorer les représentations et l'expérience vécue des parents dont les enfants sont pris en charge au sein de l'unité d'obésité infantile de l'Hôpital d'Enfants à La Réunion.

Cette étude qualitative a utilisé une approche par analyse inductive générale avec un échantillonnage en variation maximale. Neufs entretiens de parents de 5 garçons et de 3 filles, d'origines sociales très diverses, ont été conduits par téléphone.

L'analyse ouverte et l'étiquetage initial ont abouti à la constitution d'un livre de 79 codes. L'analyse des codes ouverts a fait émerger 4 catégories : l'histoire, l'acceptation, l'implication et le militantisme. L'analyse axiale explicitait une histoire de vie entre justifications et culpabilité, entraînant difficultés et souffrance. L'implication des parents dans la prise en charge de leur enfant faisait ressortir la notion inattendue de plaisir. Enfin, les compétences acquises au cours de la prise en charge leur permettaient de pouvoir combattre les préjugés, source d'exclusion.

Au-delà des aspects nutritionnels, la prise en charge de l'enfant obèse à La Réunion devrait passer par celle d'un parent en difficulté, voire en souffrance, et s'attacher à faire renaître le plaisir dans leur relation.

**Discipline :** Médecine générale

**Mots clés :** Obésité infantile, parents, vécu, La Réunion.

## Parent's experience of obese children seen in the childhood obesity unit of the Children's Hospital on Reunion Island

### Abstract

---

Childhood obesity has increased tenfold in the last four decades worldwide. It is a major risk factor for obesity in adulthood and subsequent morbidities. The prevalence of childhood obesity is significantly higher on Reunion Island than in France. Reunion's multiculturalism makes it crucial to adapt care to sociocultural representations.

The objective of this study was therefore to explore the representations and the experience of parents whose children, in obesity, are cared for in the childhood obesity unit of the Children's Hospital, on Reunion Island.

This qualitative study used a general inductive analysis approach with a maximum variation sampling. Nine interviews were conducted by telephone. The parents interviewed were parents of 5 boys and 3 girls with various social backgrounds. The open analysis and initial labeling resulted in the creation of a book of 79 codes. The analysis of open codes brought out 4 categories: history, acceptance, involvement and militancy. Axial analysis showed a life history waving between justification and guilt, leading to difficulties and pain. The parents' involvement in the care of their child brought out an unexpected notion of pleasure. Finally, the skills acquired in the course of care enabled them to fight prejudice, a source of exclusion.

Beyond nutritional aspects, the care of obese children in the Reunion island should include the care of a parent experiencing difficulties and pain and try to restore pleasure in their relationship.

**Discipline:** General medicine.

**Keywords:** Childhood obesity, parents, experience, Reunion Island.