



HAL
open science

Annonce du diagnostic de surcharge pondérale en pédiatrie : quel vécu pour les parents ?

Agathe Bodio

► **To cite this version:**

Agathe Bodio. Annonce du diagnostic de surcharge pondérale en pédiatrie : quel vécu pour les parents ?. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04549881

HAL Id: dumas-04549881

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04549881>

Submitted on 17 Apr 2024

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BODIO Agathe

Présentée et soutenue publiquement le 5 avril 2024

ANNONCE DU DIAGNOSTIC DE SURCHARGE PONDERALE EN
PEDIATRIE : QUEL VECU POUR LES PARENTS ?

Directrice de thèse : Madame CARDENOUX Charlotte, Docteur, CMI de Romagnat

Président du jury : Monsieur BOIRIE Yves, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier en Nutrition Humaine, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

- Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Professeure de médecine générale, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, médecin généraliste au cabinet médical Lamartine
- Madame ROSSI Céline, psychologue au sein du Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Auvergne (RéPPOP A)

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BODIO Agathe

Présentée et soutenue publiquement le 5 avril 2024

ANNONCE DU DIAGNOSTIC DE SURCHARGE PONDERALE EN
PEDIATRIE : QUEL VECU POUR LES PARENTS ?

Directrice de thèse : Madame CARDENOUX Charlotte, Docteur, CMI de Romagnat

Président du jury : Monsieur BOIRIE Yves, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier en Nutrition Humaine, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

- Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Professeure de médecine générale, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, médecin généraliste au cabinet médical Lamartine
- Madame ROSSI Céline, psychologue au sein du Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Auvergne (RéPPOP A)



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias

: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François

22222

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN-DIRECTEUR
DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHAMOIX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LAURICHESSE Henri - LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - LUSSON Jean-René - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - PHILIPPE Pierre - PLANCHE Roger - PONSONAILLE Jean - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VIALLET Jean-François - VERRELLE Pierre - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - BIGNON Yves Jean - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - DURIF Franck - ESCHALIER Alain - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - - POULY Jean-Luc - VORILHON Philippe

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLOORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLOORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie

M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire

1ère CLASSE

M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie

2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale

M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. BIAU Julian	Radiothérapie
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. ERIVAN Roger	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. MATHIEU Sylvain	Rhumatologie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme LAPORTE Catherine

Médecine Générale

2ème CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène

Médecine Générale

2ème CLASSE

M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique
M. ANIORT Julien	Néphrologie
M. CLERFOND Guillaume	Cardiologie
Mme DUPUY Claire	Médecine Intensive – Réanimation
Mme JULIAN Valérie	Physiologie
M. LAHAY Clément	Gériatrie et Biologie du Vieillessement
Mme ROLLAND-DEBORD Camille	Pneumologie
M. ROUANET Jacques	Dermato-Vénérologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BIDET Yannick	Oncogénétique

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
Mme MONIER Florie	Psychologie
Mme POLICARD Florence	Sciences Infirmières

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale
M. MENINI Thibault	Médecine Générale
Mme BŒUF-GIBOT Sylvaine	Médecine Générale
M. HIDALGO BACHS Louis	Médecine Générale

A Monsieur le Pr Yves BOIRIE,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury et d'apporter votre expertise à ce travail.

A Madame la Pr Hélène VAILLANT-ROUSSEL,

Merci d'avoir accepté mon invitation à participer au jury de ma thèse, qui clôture ces années d'étude. Merci également pour tes nombreux enseignements en stage et à la faculté.

A Madame la Dr Charlotte CARDENOUX,

Un grand merci d'avoir accepté de diriger mon travail et d'avoir permis la concrétisation de ce projet. Je te remercie pour ton soutien et tout ce que tu m'as appris au cours de ces mois de travail.

A Madame Céline ROSSI,

Je te suis reconnaissante d'avoir accepté de prendre part à mon jury, merci d'apporter ton regard sur ce travail.

Aux parents que j'ai rencontré,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer aux entretiens et de m'avoir permis d'en apprendre davantage sur votre vécu. Sans vous, ce travail n'aurait pu aboutir.

A Mesdames Julie MASURIER-CHATEAU, Magalie MIOLANNE, Aurélie CHAUSSET, Elodie VEDRINE et Johanna DA SILVA, à Monsieur Charles VAN THI,

Merci d'avoir porté de l'intérêt à ma question de recherche et de m'avoir permis ce travail. Merci pour votre aide dans les démarches réglementaires, les contacts aux familles et la relecture.

A ma famille,

Maman, Papa, Jade, Anselme, Quentin et tout le monde, merci d'être là depuis le début, c'est grâce à vous tous que j'en suis là aujourd'hui.

A mes amis,

Merci à vous, présents depuis l'enfance ou arrivés plus tard, merci pour tous les moments partagés.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	11
LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
I. INTRODUCTION	13
II. OBJECTIFS.....	19
III. MATERIEL ET METHODE.....	20
A. <i>Type d'étude</i>	20
B. <i>Population</i>	20
C. <i>Aspects éthiques</i>	21
D. <i>Recueil des données</i>	22
E. <i>Analyse des données</i>	23
IV. RESULTATS	24
A. <i>Population étudiée</i>	24
B. <i>Analyse thématique</i>	28
1. <i>Les représentations parentales de la surcharge pondérale</i>	28
2. <i>Les attentes des parents pour une annonce bien vécue</i>	30
3. <i>L'annonce</i>	35
4. <i>Les émotions parentales au cours de l'annonce</i>	38
5. <i>Le professionnel de santé lors de l'annonce, vu par les parents</i>	41
6. <i>Vécu de l'enfant</i>	45
7. <i>Cas particulier du grand adolescent</i>	45
8. <i>Vécu de la prise en charge</i>	46
V. DISCUSSION	51
VI. CONCLUSION	59
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
VIII. ANNEXES	63
<i>Annexe I : Guide d'entretien</i>	63

<i>Annexe II : Courbes de corpulence des filles et garçons de 0 à 18 ans.....</i>	<i>64</i>
<i>Annexe III : Lettre d'invitation aux parents.....</i>	<i>65</i>
<i>Annexe IV : Approbation du Comité Ethique.....</i>	<i>66</i>
<i>Annexe V : Aide à la décision pour la prise en charge des enfants en excès de poids en Auvergne (CALORIS).....</i>	<i>68</i>
IX. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	73

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Etapes de l'annonce diagnostique (HAS 2022)	16
Figure 2 : Diagramme de flux des participants à l'étude, réseaux PROXOB et RéPPOP A.....	24
Tableau I : Tableau des caractéristiques des entretiens.....	25
Tableau II : Tableau des caractéristiques des participants	27
Figure 3 : Conséquences d'une annonce brutale.....	39
Figure 4 : Vécu de l'annonce diagnostique par les parents	41
Figure 5 : Modélisation du processus amenant à une prise en charge de la surcharge pondérale	50
Figure 6 : Modélisation d'une annonce diagnostique de surcharge pondérale bien vécue.....	55

Liste des abréviations

CALORIS : Centre Auvergnat de l'Obésité et de ses Risques en Santé, structure de coordination de prise en charge de l'obésité en région Auvergne

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CMP : Centre Médico Psychologique

CSO : Centres Spécialisés d'Obésité

DMG : Département de Médecine Générale

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

ESTEBAN : Etude de Santé sur l'Environnement, la Bio surveillance, l'Activité physique et la Nutrition

HAS : Haute Autorité de Santé

ICD-11 : International Classification of Diseases 11

IMC : Indice de Masse Corporelle, correspondant au poids (kg) divisé par la taille au carré (m²)

IOTF : International Obesity Task Force, groupe de travail international sur l'obésité

IRB : Institutional Review Board

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

PROXOB : PROXimité et OBésité, dispositif de prévention et de prise en charge familiale à domicile de l'obésité.

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

SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil

Z-score^{IOTF} : Unité de mesure de la corpulence élaborée à partir de données de 6 pays, permettant de s'affranchir du sexe et de l'âge des enfants. Exprimé en déviation standard

I. Introduction

Ce travail de thèse est né de nombreuses réflexions au cours de mes stages d'internat, lorsque j'étais face à des enfants et adolescents et que je me demandais comment aborder le sujet du surpoids avec le patient et ses parents. Seule ou avec mes maîtres de stage nous nous demandions comment cette annonce du surpoids serait accueillie par les parents, serait-elle mal prise ? Allions-nous être perçus comme jugeants, grossophobes ?

Cette situation est rencontrée fréquemment en médecine générale comme le montre la dernière étude réalisée par Santé Publique France, entre 2014 et 2016 (ESTEBAN-2015), qui retrouve une prévalence du surpoids chez les enfants âgés de 6 à 17 ans, estimée à 17%, dont 3,9% d'obésité (1).

La France n'est pas une situation isolée puisque l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rapporte que depuis 1975, le nombre de personnes obèses dans le monde a triplé, atteignant 39% de la population adulte. Le surpoids et l'obésité figurent actuellement parmi les principales causes de décès et d'invalidité en Europe (2). Pour les enfants, l'OMS estime qu'environ 340 millions d'enfants âgés de 5 à 19 ans étaient en surpoids en 2019 dans le monde(2).

Le surpoids et l'obésité sont définis comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle, qui nuit à la santé (3). L'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au poids divisé par la taille au carré en kg/m^2 , permet de déterminer si un individu adulte est considéré en insuffisance pondérale, normo-pondéré, en surpoids ou obèse. Le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m^2 alors que l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m^2 chez l'adulte. Cependant, ces seuls critères de taille et de poids ne sont pas adaptés pour les enfants et adolescents, pour lesquels il faut aussi considérer le sexe et l'âge. En effet, chez l'enfant, l'IMC varie physiologiquement avec l'âge. Une augmentation de la corpulence a lieu de la

naissance à 12 mois, avant de décroître jusqu'à l'âge de 6 ans puis augmenter jusqu'à la fin de l'adolescence. La ré-augmentation de l'IMC autour de 6 ans est appelée « rebond d'adiposité » qui est qualifié de précoce lorsqu'il survient avant 6 ans. (Voir annexe)

En 2000, le Groupe de travail international sur l'obésité (IOTF) a proposé une définition internationale de l'obésité infantile basée sur des données représentatives de six pays (Etats Unis, Singapour, Pays Bas, Brésil, Royaume Uni et Hong Kong), et des seuils ont été établis en référence aux seuils d'obésité chez l'adulte définis par l'OMS. Les courbes IOTF 25 et IOTF 30 correspondent respectivement aux limites du surpoids et de l'obésité infantiles de 2 à 18 ans(4).

Afin de définir au mieux la corpulence des enfants et de s'affranchir de l'âge et du sexe, le Z-score^{IOTF} est de plus en plus utilisé(5). Il se calcule à partir de la médiane d'IMC de la population de référence de l'enfant, et par l'écart-type de cette population de référence (6). La déviation standard (DS) est l'unité de mesure du Z score d'IMC avec un Z-score^{IOTF} normal compris entre -1 et 1, un surpoids entre +1 et +2, une obésité à partir de +2, considérée comme sévère au delà de +3 de Z-score^{IOTF}.

Le surpoids et l'obésité sont des pathologies bio-psycho-sociales, avec de nombreux déterminants. Ces derniers peuvent être regroupés en deux groupes :

- En lien avec le mode de vie, modifiables, comme les perturbations de l'alimentation et les troubles des conduites alimentaires, l'insuffisance de sommeil, le temps de sédentarité corrélé au temps passé devant les écrans, l'inactivité physique, le milieu socio-économique défavorisé, les événements de vie traumatisants, les habitudes alimentaires, l'irrégularité des repas et des rythmes de vie,
- Non modifiables et à l'origine d'obésités secondaires comme les traitements médicamenteux, le handicap ainsi que les facteurs génétiques,

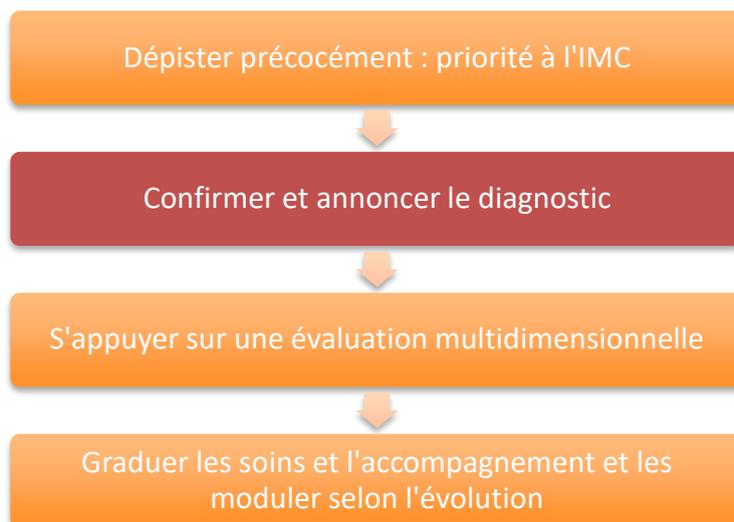
D'autres facteurs en lien avec les antécédents familiaux ou la période périnatale ont aussi un rôle à jouer dans le développement du surpoids tels que le surpoids ou l'obésité parentale, les antécédents de chirurgie bariatrique dans la famille, le surpoids ou l'obésité de la mère avant la grossesse, la prise de poids excessive durant la grossesse, le diabète gestationnel et de type 2, le tabagisme maternel, la macrosomie, ...

La surcharge pondérale, qui inclut surpoids et obésité, engendre des complications dans l'enfance qui sont avant tout psycho sociales (faible estime de soi, solitude) mais aussi somatiques (SAOS, diabète de type 2, stéatose hépatique...)(7). Aussi, l'obésité pendant l'enfance est un facteur prédictif d'obésité à l'âge adulte avec des probabilités qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte variant de 20 % à 50 % avant la puberté à 50 % à 70 % après la puberté. Par la suite, à l'âge adulte, la surcharge pondérale dans l'enfance est associée à une augmentation de la mortalité par cancer du sein et de la mortalité toutes causes confondues chez les femmes et à une augmentation de la mortalité par cardiopathie ischémique chez l'homme(8). L'obésité est une pathologie qui s'inscrit dans le temps et qui répond à la définition de chronique, comme précisé dans la révision de l'International Classification of Diseases 11 (ICD-11)(9), sous les termes d'« affection » pour le surpoids et de « maladie complexe chronique » pour l'obésité.

Comme toute maladie chronique, l'obésité doit faire l'objet d'une annonce diagnostique.

Dans le « Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent », actualisé en 2022 (10), la HAS reprend les objectifs nationaux de prise en charge qui sont une diminution de l'obésité et en particulier les obésités sévères. Si l'on détaille l'ensemble du parcours recommandé de l'enfant ou de l'adolescent obèse nous retrouvons 4 étapes principales (voir figure ci-après).

Figure 1 : Etapes de l'annonce diagnostique (HAS 2022)



(10)

Nous voyons que l'annonce est un des 4 axes du parcours de soins et qu'elle a une place importante et préalable à l'évaluation et à la prise en charge. Il s'agit d'un temps clef dans la relation soignant-soigné. L'annonce fait suite au dépistage qui est recommandé comme suit : mesure du poids, de la taille et de l'IMC à chaque visite obligatoire de 0 à 6 ans, puis annuellement jusqu'à la fin de la croissance.

Le professionnel de santé qui suit l'enfant ou l'adolescent a un rôle central dans le dépistage et l'annonce, car il connaît l'enfant et a accès à l'historique et à la dynamique d'évolution de la corpulence. Ce professionnel de santé est le plus souvent un médecin généraliste ou un pédiatre et c'est à lui que revient le rôle de l'annonce diagnostique.

L'annonce correspond à un temps d'assimilation par le patient des contraintes et limitations que son état médical occasionne et/ou va occasionner. Procéder à l'annonce engage le médecin vis-à-vis de son patient, la relation de confiance pouvant être compromise ou au contraire renforcée par la façon dont le médecin fera l'annonce(11). Le médecin traitant, généraliste ou pédiatre, est le plus à même d'adapter l'annonce à la capacité de compréhension de son patient et de tenir compte des interactions avec les proches du patient. La HAS recommande actuellement dans son

guide de bonne pratique, de réaliser une annonce éclairée à l'enfant et aux parents, de nommer le surpoids ou l'obésité en partant de leurs représentations pour ne pas les blesser et de construire un langage commun. Il est conseillé de prendre le temps d'écouter, de veiller à ne pas moraliser ou culpabiliser, d'être attentif aux répercussions de l'annonce pouvant engendrer une souffrance ou un sentiment de jugement. Il est important de déconstruire les idées reçues et les fausses informations sur l'obésité et son traitement afin de fournir une information fiable, d'être attentif aux attentes sur ce qui est proposé et d'informer les familles du soutien possible d'associations si elles existent.

L'annonce du diagnostic doit toujours s'accompagner d'une proposition de soins et d'accompagnement qui sera co-construite avec l'enfant/l'adolescent et ses parents(10). Cette prise en charge est principalement coordonnée par les Centres Spécialisés d'Obésité (CSO) en région(12). En Auvergne il s'agit du CSO CALORIS (Centre Auvergnat de l'Obésité et de ses Risques en Santé), rattaché au CHU de Clermont Ferrand, et qui porte plusieurs dispositifs comme le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Auvergne (RÉPPOP A), PROXOB et l'Unité de bilan d'obésité complexe.

Cette annonce est commune à toutes les maladies chroniques, et nous pouvons par exemple la comparer à celle du diabète, maladie endocrinologique qui se déclare dans l'enfance ou l'adolescence pour laquelle de nombreux travaux ont été réalisés(13,14). Dans ces travaux, nous apprenons que cette annonce est un moment difficile à vivre pour les parents, car il s'agit souvent d'un moment brutal et choquant, conduisant à un stress et un impact sur toute la famille. De plus, le diagnostic implique des modifications des modes de vie qui peuvent sembler complexes initialement. Parfois les parents ressentent une culpabilité de ne pas avoir vu les signes précurseurs de cette maladie. Pour la surcharge pondérale, l'installation de la maladie est le plus souvent progressive, l'augmentation de la corpulence étant un continuum. Aussi, la différence entre le diabète et la surcharge pondérale est que cette dernière peut être diagnostiquée par tous,

par une simple observation. Au vu de ces différences, nous pouvons donc nous demander si l'annonce est vécue de manière similaire.

Pour la surcharge pondérale, peu de travaux se sont intéressés au vécu parental de l'annonce. Quelques travaux de thèse se sont intéressés aux freins et leviers à l'annonce des médecins (15). Le travail de L. Pontier et F. Lime,(16) qui s'intéressait au vécu de l'annonce chez les enfants et les médecins, montre que les praticiens sont mal à l'aise avec ce diagnostic, craignant de faire souffrir l'enfant, ils ne sentent pas compétents. Du côté des enfants, l'annonce est vécue comme un premier pas vers la prise en charge, avec une reconnaissance de leur statut de malade que le médecin va pouvoir aider. Notre travail s'est donc dirigé vers le vécu parental, essentiel en pédiatrie puisque la relation soignant soigné est une relation triangulaire entre l'enfant, le parent et le soignant. Notre travail a été pensé dans une volonté d'amélioration des pratiques en soins primaires et de prise en charge précoce des enfants atteints d'obésité.

II. Objectifs

L'objectif principal de notre travail était d'explorer le vécu parental au cours de l'annonce de surpoids ou d'obésité. Nous nous interrogeons sur la personne qui a été à l'origine de l'annonce, le vécu de l'annonce par le ou les parents, leurs attentes et si une prise en charge avait été proposée.

Nos objectifs secondaires étaient d'explorer :

- Le vécu des parents au cours de la prise en charge de leur enfant en surcharge pondérale, que ce soit par le RÉPPOP A, PROXOB ou l'unité de bilan d'obésité complexe du CHU
- Le vécu des enfants au cours de l'annonce et de la prise en charge

Nous avons pour cela mené une étude qualitative auprès de parents d'enfants pris en charge par ces trois réseaux auvergnats.

III. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative transversale inspirée de la phénoménologie interprétative par entretiens semi-dirigés.

L'objectif de notre travail étant de recueillir le vécu des parents de patients, autour d'un même événement : l'annonce du surpoids de leur enfant, au sein d'une population homogène.

B. Population

Dans cette étude, nous avons procédé à un échantillonnage raisonné homogène au sein d'une population de parents dont les enfants étaient suivis par les réseaux PROXOB, RÉPPOP A ou à l'unité de bilan d'obésité complexe du CHU de Clermont Ferrand afin d'avoir une diversité dans l'échantillon sur le degré de surcharge pondérale et sur le type de prise en charge.

Les paramètres d'échantillonnage théoriques étaient l'âge et le sexe des enfants, leur programme de prise en charge, le statut parental (père/mère), le lieu d'habitation (urbain ou rural).

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir un enfant en excès de poids suivi par les réseaux PROXOB, RÉPPOP A ou à l'Hôpital de jour d'obésité du CHU de Clermont Ferrand depuis moins de 5 ans
- Habiter dans la région Auvergne
- Etre francophone
- Accepter de participer à l'étude

Les critères de non inclusion :

- Résider hors de l’Auvergne
- Avoir un état de santé incompatible avec la réalisation d’entretiens
- Etre allophone

Le recrutement s’est fait grâce à la diffusion par messagerie électronique d’une lettre d’information aux parents des enfants suivis par les réseaux RÉPPOP A, PROXOB ainsi que par une lettre d’information jointe au dossier d’admission à l’hospitalisation de 3^{ème} recours à l’hôpital de jour au CHU Estaing . (Voir annexe)

Les coordonnées de l’investigatrice étaient fournies sur ce document et les parents étaient invités à la contacter pour fixer un rendez-vous s’ils souhaitaient participer à l’étude.

Un formulaire de non opposition ainsi qu’une lettre informative était systématiquement remise aux participants avant l’entretien.(Voir annexe)

Le consentement oral à l’entretien et à son enregistrement était confirmé par les participants avant de débiter l’échange.

C. Aspects éthiques

Autorisations réglementaires

L’étude respectait l’engagement de conformité de la méthodologie MR-004, hors Loi Jardé. Elle a fait l’objet d’un agrément auprès du Comité Ethique de la Direction de la Recherche Clinique et de l’innovation (DRCI) du CHU de Clermont-Ferrand (IRB00013412, “CHU de Clermont Ferrand IRB #1”, IRB number 2023-CF097), accordé et enregistré en juillet 2023. (Voir annexe)

Consentement éclairé

La participation à l'étude était libre et l'accord oral était systématiquement recherché avant la réalisation des entretiens. Tout d'abord, les participants ont été contactés par les coordonnateurs des réseaux de prise en charge pour le RéPPOP A et PROXOB, et en personne par l'investigateur pour les parents d'enfants suivis en Unité de bilan d'obésité complexe. Ils ont systématiquement reçu une lettre d'information avec les coordonnées permettant de manifester leur souhait de participer.

Ensuite, une fiche d'information leur était remise le jour de l'entretien et leur accord oral était à nouveau recherché.

Confidentialité

Tous les entretiens ont été pseudonymisés avec suppression des noms propres ainsi que tout élément particulier, qui pourrait compromettre l'anonymat.

Un code leur a été attribué avec leurs initiales de nom et prénom et le numéro d'entretien.

D. Recueil des données

En s'appuyant sur des travaux de recherche ayant un objectif similaire au nôtre, nous avons estimé qu'il nous fallait environ 10 entretiens pour arriver à une suffisance théorique. Nous avons procédé à des entretiens individuels, semi-dirigés, auprès des parents jusqu'à suffisance théorique.

Nous avons été aidés d'un guide d'entretien flexible, qui comportait une question d'ouverture et des questions de relance. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de deux smartphones puis retranscrits intégralement et pseudonymisés, avec destruction systématique des enregistrements.

E. Analyse des données

Dans le cadre de ce travail de recherche qui s'intéresse à la manière dont est vécue l'annonce d'un diagnostic de maladie chronique, il semblait pertinent d'utiliser une méthode qualitative avec une analyse interprétative phénoménologique et proposition d'un modèle explicatif.

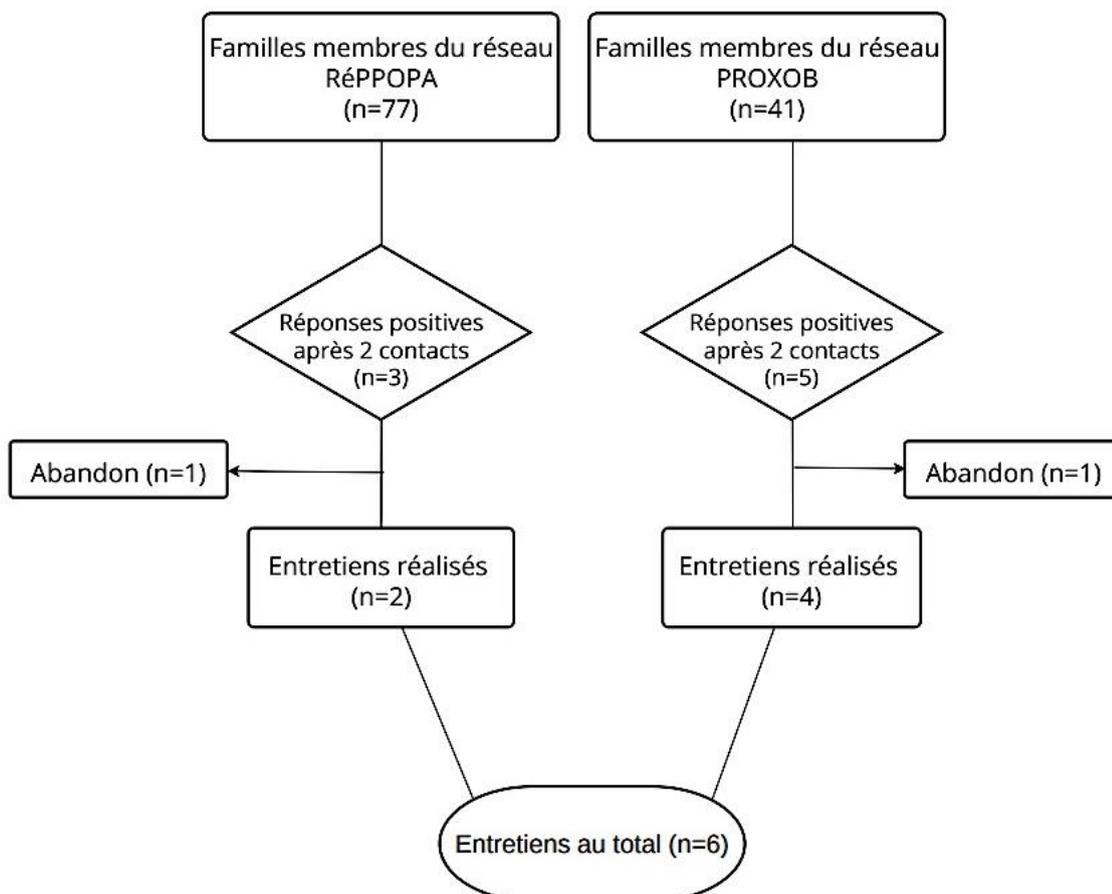
Cette méthode permet d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par une personne en réalisant des entretiens individuels approfondis, dans une population ayant en commun un phénomène (ici, une annonce de surcharge pondérale chez leur enfant). L'investigatrice, qui a réalisé l'ensemble des entretiens a procédé à la retranscription mot à mot, ce qui a permis de constituer un verbatim contenant l'intégralité des dialogues. L'étiquetage initial a été réalisé manuellement et a permis l'émergence d'étiquettes expérientielles. Chaque unité de sens a ensuite été regroupée dans les thèmes super-ordonnés qui sont apparus après analyses des différents entretiens. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par confrontation des résultats des deux chercheuses (Agathe BODIO et Charlotte CARDENOUX) pour 5 entretiens qui a ensuite permis l'analyse intégrative et la construction d'un modèle explicatif avec mise en lumière des verbatim les plus pertinents. En amont du travail de thèse, le projet avait été présenté lors de réunions de concertation pluri-professionnelles d'obésité pédiatrique afin d'affiner la question de recherche et de réfléchir aux paramètres d'échantillonnage.

IV. Résultats

A. Population étudiée

Nous avons réalisé 11 entretiens qui se sont déroulés entre le 13 juillet et le 21 décembre 2023. Nous avons procédé à l'envoi de 2 mails aux familles membres du réseau RÉPPOP A : le 13 juin 2023 auprès de 74 familles avec 2 réponses ayant abouti à 2 entretiens et un rappel le 18 septembre 2023 à 77 familles ayant abouti à la réponse d'une seule famille et abandon avant l'entretien. Pour le réseau PROXOB, les courriers électroniques sollicitant les parents ont été envoyés par la coordinatrice le 10 juillet et le 20 septembre 2023 à 41 familles, et nous avons reçu 2 réponses ayant abouti à 2 entretiens en juillet et 3 réponses lors de la relance avec 2 entretiens réalisés et un abandon.

Figure 2 : Diagramme de flux des participants à l'étude, réseaux PROXOB et RÉPPOP A



Pour le recrutement des parents d'enfants suivis en unité de bilan d'obésité complexe au CHU, l'investigatrice s'est déplacée pour proposer les entretiens aux parents, il n'y a eu aucun refus, ce qui a permis de réaliser 5 entretiens. Les entretiens ont tous été réalisés en face à face, entre le parent et l'investigatrice (AB), excepté un entretien (CC6) qui a eu lieu par téléphone pour convenance personnelle du parent. Ces derniers ont eu lieu dans un lieu laissé au choix des parents. Les enfants n'étaient pas là pendant les entretiens et seul un parent était présent. La durée moyenne des entretiens est de 39,4 minutes, avec un minimum de 31 minutes et un maximum de 55 minutes.

Tableau I : Tableau des caractéristiques des entretiens

Pseudonyme	Date	Lieu	Durée (en minutes et secondes)
SN1	13/7/2023	Domicile	35'15"
CM2	20/7/2023	Bureau hôpital	30'55"
DS3	24/8/2023	Bureau hôpital	36'59"
BG4	24/8/2023	Bureau hôpital	45'07"
MM5	31/8/2023	Domicile	29'25"
CC6	12/10/2023	Téléphone	36'24"
CC7	13/10/2023	Domicile	33'27"
VA8	26/10/2023	Bureau hôpital	31'15"
JA9	7/11/2023	Domicile	55'08"
LJ10	23/11/2023	Bureau hôpital	55'35"
HS11	21/12/2023	Bureau hôpital	44'20"

La majorité des entretiens impliquait les mères, seuls 2 entretiens (LJ10 et CC6) concernaient les pères. Le statut pondéral parental a été recueilli au cours des entretiens et nous observons une très nette prédominance de surcharge pondérale chez les parents avec 11 parents obèses (50%), 7 en surpoids (32%), 3 de corpulence normale (14%) et une donnée manquante pour le second parent du 5° entretien (MM5).

Pour l'entretien MM5, le parent avait 2 enfants, des jumeaux, tous deux concernés par la surcharge pondérale ce qui porte le nombre d'enfants à 12. L'âge moyen des enfants était de 12 ans et 9 mois, il y avait 5 filles pour 7 garçons. La majorité des enfants (83%) étaient en situation d'obésité, seuls 2 enfants (SN1 et CC6) étaient en surpoids. La moyenne d'IMC était de 31,5 kg/m², allant de 23,1 à 45,2 kg/m². Le Z-score ^{IOTF} moyen était de +2,82 [1,75 ; 3,56].

Le lieu de vie des familles était principalement rural, avec 7 foyers (58%) habitant en milieu rural et 4 en milieu urbain. Une distinction a été faite, grâce au classement Insee des communes de 2023, qui classe les communes en 7 catégories allant de 1 (grand centre urbain) à 7 (rural à habitat très dispersé) avec les catégories 5 à 7 classées comme étant rurales. Cette répartition entre habitat urbain ou rural est cohérente avec la démographie régionale puisque trois des quatre départements de l'Auvergne sont considérés comme « essentiellement ruraux » et seul le Puy-de-Dôme est dit « intermédiaire ». (17)

Pour ce qui est des réseaux de prise en charge, six familles ont bénéficié d'une prise en charge au CHU dans le cadre du bilan d'obésité complexe (55%), en parallèle d'une prise en charge en libéral par les réseaux PROXOB et RÉPPOP A pour 5 des 6 familles. Les cinq autres familles étaient prises en charge par le RÉPPOP A (9%) ou par PROXOB (36%).

Les informations relatives aux participants et à leurs enfants sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau II : Tableau des caractéristiques des participants

	Statut parental	Statut pondéral parental	Age de l'enfant (arrondi à 3 mois)	Statut pondéral de l'enfant	IMC (kg/m ²)	Z-score IOTF	Lieu de vie (Urbain / Rural)	Genre enfant (M/F)	Réseau de PEC
SN1	Mère	Surpoids mère Corpulence normale père	12 ans	Surpoids	26,2	1,75	Urbain (1)	M	PROXOB
CM2	Mère	Corpulence normale mère Obésité père	11 ans 9 mois	Obésité	30,6	2,87	Rural (5)	M	CHU
DS3	Mère	Obésité mère Surpoids père	15 ans	Obésité	44,6	3,56	Rural (6)	F	CHU/ PROXOB
BG4	Mère	Obésité des 2 parents	8 ans 9 mois	Obésité	31,8	3,56	Rural (6)	F	CHU/ RéPPOP A
MM5	Mère	Obésité mère -	11 ans 6 mois	J1 : Obésité J2 : Obésité	J1 : 27,6 J2 : 23,1	2,58 2,39	Rural (5)	M M	RéPPOP A
CC6	Père	Surpoids des 2 parents	10 ans	Surpoids	23,3	2,16	Urbain (2)	M	PROXOB
CC7	Mère	Obésité mère Surpoids père	13 ans 6 mois	Obésité	30,1	2,46	Rural (5)	F	PROXOB
VA8	Mère	Surpoids des 2 parents	13 ans 9 mois	Obésité	31,1	3,56	Urbain (2)	F	CHU/ RéPPOP A
JA9	Mère	Obésité des 2 parents	10 ans	Obésité	24,9	2,29	Rural (5)	F	PROXOB
LJ10	Père	Obésité des 2 parents	17 ans	Obésité	45,2	3,23	Rural (5)	M	CHU/ PROXOB
HS11	Mère	Obésité mère Corpulence normale père	17 ans	Obésité	40,0	3,42	Urbain (2)	M	CHU/ PROXOB

B. Analyse thématique

1. Représentations parentales de la surcharge pondérale

Une affection visible de tous

Beaucoup de parents abordent le surpoids et l'obésité différemment des autres maladies, notamment car elle est visible par tout le monde et qu'il y a de nombreuses idées reçues sur le poids. Pour certains parents, il s'agit plus d'un handicap social, vecteur de moqueries, que d'une maladie ayant des conséquences sur la santé.

BG4 : « Dans mon entourage : ma famille, donc mes parents, mes grands-parents et tout pour eux, c'est mathématique : si on mange moins et qu'on se dépense plus, on perd forcément du poids »

BG4 : « l'obésité dans ma tête, c'était pas forcément une maladie »

MM5 : « Je vois bien que mes fils sont hors norme, c'est à dire ils sont beaucoup plus grands que les autres de leur classe et forcément ils sont beaucoup plus gros que les autres de leur classe. »

VA8 : « Oui ! Ben en fait, c'est moi qui m'en suis aperçue. [Rires] On n'a pas besoin de me le dire, j'ai bien vu »

JA9 : « Maintenant, c'est le regard des autres...C'est, c'est ça qui est dur et plus elle va grandir, plus elle va prendre ça dans la tête et ça va être compliqué. »

JA9 : « Je lui ai fait "Mais t'as envie d'être moche comme maman, d'être grosse comme ça?" »

Particularité des parents en situation de surcharge pondérale

La surcharge pondérale, incluant le surpoids et l'obésité, est vue différemment selon les familles. Pour certaines, les parents sont eux-mêmes en surpoids ce qui est le cas dans notre étude puisque 82% des parents sont en surcharge pondérale, depuis l'enfance pour une majorité. Beaucoup de parents nous ont dit avoir été vigilants sur la corpulence dès la naissance de leur enfant, afin qu'ils ne développent pas de surpoids. Dans ce cas, il ressort que les parents ne souhaitent pas que leur enfant vive le parcours qu'ils ont vécu, souvent traumatique, avec des praticiens parfois grossophobes.

DS3 : « On fait attention, étant nous-mêmes un peu en surpoids »

DS3 : « Moi j'ai eu le cas lorsque j'ai attendu A. [...] c'était toujours très désagréable "Oui vous voyez pas, vous êtes trop grosse, voilà, après vous allez devenir grosse comme une vache". Enfin ça on s'abstient, quoi ! »

MM5 : « On me jugeait d'abord sur mon apparence et ça, je l'ai mal vécu et j'en ai un souvenir énorme. Et je ne veux pas qu'ils ressentent ça non plus. »

Minimisation de la corpulence par les parents

Au cours des entretiens, les parents ont souvent minimisé les corpulences de leurs enfants.

CM2 : « Son père, lui, il voyait plutôt les choses comme quoi en fait dans leur famille, ils étaient plutôt costauds, enfin, il voyait pas le problème, qu'il allait grandir et que ça allait passer tout seul quoi »

CC7 : « Parce que moi, quand on a commencé à l'utiliser (le terme surpoids) pour C euh, elle dépassait de 5-6 kilos et on commençait déjà à vous dire, "elle est en surpoids" »

Voilà, enfin 5 kilos quoi ! C'est juste qu'on voit pas ses os ! »

JA9 : « En petite section bon elle était rondelette mais comme un bébé, hein ! »

2. Attentes des parents pour une annonce bien vécue

Bienveillance, écoute et absence de jugement

Il s'agit de concepts qui sont revenus de nombreuses fois dans les entretiens, ils semblent être indispensables à une annonce bien vécue pour les parents.

DS3 : « Si j'ai un conseil, vraiment, parce que ça sera votre métier plus tard, c'est de vraiment prendre le temps de connaître les gens et leur annoncer dans la délicatesse surtout ça c'est important »

DS3 : « il faut expliquer les choses, prendre des gants et ne pas frustrer ou blesser la personne »

BG4 : « Bah qu'on soit plus à mon écoute en fait et qu'on m'amène les choses différemment... Eventuellement qu'on me parle du poids de ma fille, mais de façon bienveillante et sans jugement »

Discours personnalisé, adapté à la famille, à son mode de vie et ses antécédents

Les parents attendent des médecins et des différents professionnels, qu'ils les questionnent sur leurs habitudes de vie, que ce soit sur le plan de l'alimentation ou de l'activité physique. Ils attendent aussi des questions sur les antécédents familiaux de surpoids ou d'obésité. Ils estiment que ces informations sont primordiales pour être bien pris en charge et se sentent rassurés quand

le médecin s'en enquiert. Pour cela, la place de médecin traitant semble importante, car il y a un lien de confiance construit entre la famille et le soignant.

MM5 : « Le fait que ça soit la personne qui nous connaisse c'est relativement bien puisqu'il y a des choses qu'on oublie de dire parce qu'on n'y pense pas et que de toute façon on sait qu'elle le sait puisqu'elle nous suit depuis longtemps »

MM5 : « Le fait de voir quelqu'un d'autre, que ça soit quelqu'un d'autre qui l'annonce (que le médecin traitant), je ne pense pas que je l'aurais bien pris, [...] je me serais dit "Ouais, encore quelqu'un qui nous dit que on est trop gros." »

VA8 : « Enfin me demander d'aller marcher tous les soirs 30 minutes le soir en arrivant. Enfin je veux dire, il faut se mettre aussi à la place des parents hein [Rires] parce que quand on sort du boulot, ce n'est pas si simple que ça ! »

Implication de l'enfant dans l'annonce

L'enfant est le principal intéressé au cours de cette annonce, il semble donc important aux yeux des parents qu'il soit inclus dans l'annonce, avec un discours qui lui est adapté.

SN1 : « C'est la non prise en compte de l'enfant, en tant que tel, en tant qu'individu qui est capable de dire « je sais que je mange ça, je sais que je fais ci, je sais que je fais ça [...], ce manque d'échange »

SN1 : « J'aurais aimé qu'il y ait, euh comment dire, que le sujet ait été évoqué avec lui et pas contre lui »

Soutien du professionnel et réassurance parentale

La notion de soutien par le professionnel chargé d'annoncer le diagnostic est importante pour les parents, mais elle n'a pas été toujours proposée aux parents que nous avons rencontrés. Le soutien du professionnel est aussi important lorsque l'un des deux parents a du mal à prendre conscience du poids de son enfant, en soutien à l'autre parent. Une réassurance des capacités parentales de la part du médecin permet une annonce mieux vécue.

VA8 : « Et je pense que le corps médical aurait dû plus insister vis-à-vis de mon mari qui prenait ça peut-être moins sérieusement que moi »

LJ10 : « J'ai pas l'impression qu'on nous ait dit "Vous avez besoin d'aide ou quoi que ce soit" »

Approche psychologique de l'affection

Certains parents regrettent que les principales préoccupations des professionnels de santé ne soient que l'alimentation et l'activité physique et que l'accent ne soit pas mis sur l'aspect psychologique du surpoids.

CC7 : « Je pense qu'on oublie, on oublie ou on n'accentue pas assez le côté psychologique sur le poids »

Temporalité de l'annonce

La notion de temporalité est aussi importante dans le processus d'annonce. Il faut que l'enfant et le parent soient prêts à entendre le diagnostic. Plusieurs parents ont insisté sur le rôle du professionnel de santé à savoir se saisir du « bon » moment et faire une annonce progressive. Dans la temporalité de l'annonce, il y a des avis différents. Certains auraient souhaité avoir une

annonce plus tôt tandis que d'autres estiment qu'il ne s'agit pas d'une urgence et qu'il faut faire une annonce progressive, en prenant le temps.

DS3 : « il faut dire les choses, mais tranquillement »

MM5 : « Je pense que les adultes sont toujours prêts à entendre (le diagnostic), mais pas les enfants. [...] Mais ils étaient suffisamment grands pour entendre ce qu'on leur disait »

CC6 : « Non, non c'est sur plusieurs mois ou sur plusieurs années, où ils voient bien l'évolution de l'enfant entre la taille et le poids et ils arrivent bien à discerner si s'il y a un éventuel problème[...] sauf si par exemple on n'avait pas été voir la pédiatre pendant 3 ans et qu'on la revoit au bout de 3 ans et qu'elle nous dit là, il y a un gros problème, oui là j'imagine que c'est soudain, mais sinon il y a quand même un échelonnement dans le temps »

HS11 : « Je pense qu'il faudrait, dès petits déjà, diagnostiquer enfin quand même qu'il y ait une possibilité d'obésité à l'adolescence, et cetera, et de commencer assez tôt en fait à gérer tout ça [...] mais pas attendre ! »

Recherche des causes de surcharge pondérale par le médecin

La recherche des causes du surpoids ou de l'obésité par le médecin est un sujet qui est très important pour les parents, car il les rassure sur l'implication et le sérieux du médecin, qui va s'interroger sur l'étiologie de cette affection, comme il le ferait pour une autre maladie.

BG4 : « Quand un professionnel dit "Ouais, l'obésité c'est pas bien pour la santé, ça fait du mal", on le sait hein, [...] aidez-nous, enfin, proposez-nous des examens qu'on fasse ! »

BG4 : « Elle a quasi 9 ans, c'est sa première prise de sang, elle n'avait jamais eu de prise de sang. La prise de tension, la première fois qu'elle l'a faite c'est dans le programme RéPPOP ! »

VA8 : « Oui, voilà savoir et puis si on connaît la cause, on peut la traiter. Si je ne connais pas la cause, je ne peux pas faire grand-chose. »

Proposition de prise en charge

La proposition d'une prise en charge par la personne qui fait l'annonce est une attente des parents. Ils se sentent aidés, soutenus dans cette démarche. Cela va dans le sens des recommandations de la HAS qui conseillent une proposition thérapeutique au moment de l'annonce. Il semble aussi que les parents attendent que la proposition de prise en charge ne soit pas un régime restrictif.

DS3 : « j'espère qu'on va arriver à trouver une solution pérenne pour qu'A. puisse perdre du poids sans trop grande restriction, voilà sans lui enlever la joie de vivre »

*VA8 : (vous auriez aimé qu'on vous donne le flyer du programme de prise en charge ?)
«Un peu avant [Rires] Un peu avant ouais ! Je pense que ça aurait empêché pas mal de choses. [...] Avant c'était beaucoup moins prononcé. »*

LJ10 : «! Mais dans l'idéal peut-être qu'il y aurait un suivi hors médecin généraliste comme l'exemple du truc (PROXOB), ça serait peut-être un petit peu mieux. »

3. L'annonce

Une annonce pas toujours faite

La quasi-totalité des parents interrogés (8 sur 11) rapportent qu'ils n'ont pas eu d'annonce diagnostique.

SN1 : « On n'a pas eu d'annonce... »

SN1 : « Le corps médical nous a jamais dit il faut le prendre en charge »

JA9 : « Non, il n'y a pas eu d'annonce »

LJ10 : « Mais ça n'a jamais été un sujet abordé en se disant "Oh là, il faut prendre vraiment les bonnes habitudes..." »

HS11 : « Après on n'a pas eu d'annonce comme ça... »

Il apparaît que cette dernière n'est faite que chez une minorité des participants, trois uniquement.

MM5 : « Alors l'annonce... Euh, l'annonce a été faite par le médecin traitant »

Une annonce faite par différentes personnes

Au cours des entretiens, les parents rapportent avoir entendu parler du surpoids ou de l'obésité de leur enfant, par différentes personnes : parfois le médecin traitant ou l'infirmière scolaire, rarement le médecin spécialiste, mais aussi des membres de la famille ou les pairs des enfants.

BG4 : « La première fois qu'on a commencé à parler du poids de ma fille, c'était en consultation au CMP (centre médico-psychologique) qui était pas du tout pour G., c'était pour sa grande sœur »

MM5 : « Alors l'annonce... Euh, l'annonce a été faite par le médecin traitant, mais

aucune surprise puisque je ne suis pas aveugle non plus hein »

Représentations de l'annonce par les parents

Certains parents imaginent l'annonce comme un moment brutal, froid.

CM2 : « Ben non, je n'ai pas eu de médecins qui m'ont dit, qui m'ont mis dans une pièce et qui m'ont dit, voilà votre enfant, il a un problème d'obésité »

Alors que d'autres estiment qu'elle est nécessaire et attendue de la part des médecins qui suivent leur enfant.

HS11 : « ...personne ne m'a jamais rien dit ! Vous voyez, c'est moi qui fais attention... »

Les parents à l'initiative de la démarche diagnostique

La plupart des parents décrivent une prise de conscience de leur part avant l'intervention du professionnel de santé sur ce sujet, avec ensuite un échange qui aboutit à la confirmation diagnostique. Cette étape est souvent étalée dans le temps sur plusieurs mois voire années. Elle n'est donc pas reconnue comme étant une annonce par certains.

SN1 : « c'est nous qui avons fait la démarche de dire bon bah faut qu'on fasse quelque chose, on peut pas le laisser comme ça , on a pas eu d'annonce particulière »

DS3 : « on passait au-dessus de la courbe en fait et ben on voyait des médecins, et cetera, mais qui étaient pas très alertés par la prise de poids d'A. »

CC7 : « Donc je lui ai posé la question (à la pédiatre). Je lui ai dit, "Ben vous voyez comment je suis, C. qui est bah là si on regarde les courbes elle est en surpoids hein donc" »

VA8 : « Oui ! Ben en fait, c'est moi qui m'en suis aperçue. »

JA9 : « Ecoutez, euh, bon V. a toujours été une petite fille un peu rondelette [...] Donc on en avait parlé à son médecin, elle a commencé à être chahutée un peu à l'école, et cetera, donc on en avait un peu parlé au médecin »

Les termes employés

Le terme de « surpoids » semble plutôt accepté par les parents. Cependant, ils ne différencient pas vraiment le surpoids de l'obésité. Le mot « obésité » est quant à lui connoté négativement pour une majorité des participants à l'étude.

CM2 : « J'ai pas employé le terme obésité [...] je ne voulais pas le classer [...] c'est un mot qui est un peu dur [...]. Je n'ai pas été dans les gros mots. »

CC6 : « On sait pas trop au final ce que c'est que le surpoids. Alors l'obésité non, on voit bien ce que c'est...»

VA8 : « Moi je parle du surpoids, je parle pas d'obésité, je trouve que c'est une connotation péjorative et j'ai peur que ça la complexe. »

LJ10 « C'est pas des mots (le surpoids et l'obésité) qu'on aime entendre surtout bah surtout quand c'est pour son enfant, on sait ce que les mots signifient derrière quoi ! »

Au cours des entretiens, peu de parents ont utilisé les mots surpoids ou obésité spontanément, ils ont souvent utilisé des mots affectueux, ou des minimisations de termes.

CC7 : « Enfin et puis elle est grosse, euh elle est au-dessus des courbes mais elle est pas énorme. »

JA9 : « un peu rondelette »

4. Emotions parentales au cours de l'annonce

Culpabilité et responsabilité parentale

La culpabilité est un sentiment qui est beaucoup revenue au cours des entretiens, elle se rapporte à la culpabilité parentale dans la pathologie de leur enfant mais aussi à la culpabilité de ne pas avoir abordé le sujet avec les médecins plus tôt. Les parents rapportent se sentir accusés, responsables de l'affection de leur enfant. Les parents disent s'être sentis jugés par les professionnels de santé. Ce qui entraîne pour certains une résistance au changement ou à la prise en charge.

SN1 : « si on m'agresse et si on veut pas m'écouter si on m'impose et on me juge, ben je ne reviens pas et je veux plus en écouter parler. »

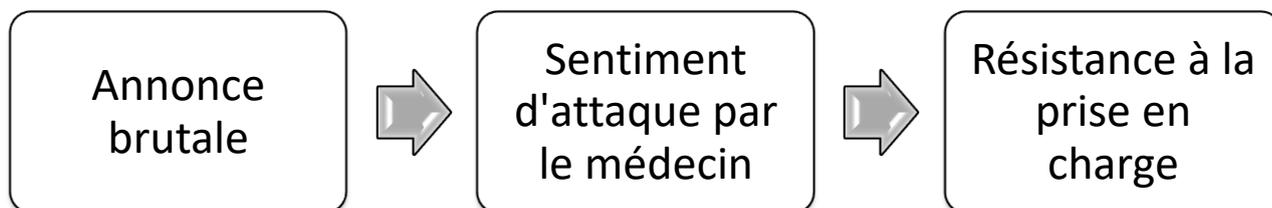
BG4 : « Ah oui bah jugée puis sans savoir en fait, sans me demander une journée type : qu'est ce qu'elle mange, elle a l'habitude de manger, bah de boire des sodas tous les combien ? Ca on m'a jamais posé la question. »

BG4 : « Je pense qu'on culpabilise déjà bien assez tout seul, donc on a pas forcément besoin que les professionnels en remettent une couche hein. »

JA9 : « Coupable. Coupable parce qu'en fait tout ce que je reprochais à mes parents d'avoir fait avec moi, je me suis rendu compte que je le refaisais avec V. »

HS11 : « On a l'impression qu'on est fautif, vous voyez ? Qu'ils nous jettent la pierre, enfin non, que c'est nous les fautifs ! On va pas dire à quelqu'un qui a un cancer, « bah c'est de ta faute ». Donc on a l'impression que c'est ça en fait ! »

Figure 3 : Conséquences d'une annonce brutale



Incompréhension, injustice

Ce sentiment d'incompréhension face à l'affection de leur enfant est souvent revenue, avec des parents qui ont essayé de limiter au maximum les facteurs de risque de surcharge pondérale mais dont les enfants sont en surpoids.

CM2 : « Ben oui on se demande d'où ça vient »

BG4 : « Après c'est vrai que j'ai été assez surprise parce qu'on m'a toujours dit que l'allaitement réduisait les risques d'obésité infantile. Et en fait, bah je l'ai allaitée très longtemps et en fait bah non, on n'est pas passé à travers donc euh... »

HS11 : « C'est moi qui cuisine à la maison et cetera et je cuisine la même chose pour tout le monde, donc pourquoi lui est plus en surpoids que son frère par exemple, et puis sa sœur à son âge ? »

Autres émotions négatives

Les autres émotions négatives ressenties par les parents au cours de l'annonce sont : la stigmatisation, la grossophobie des professionnels, le sentiment d'être attaqué, la colère et le manque de compréhension de la part des soignants.

CC7 : « Elle a une petite stéatose donc du coup la gastro elle dit "Ah bah oui mais en même temps quand on est gros, comment s'étonner quoi ?! Ça m'étonne pas vu comment elle est grosse !" »

HS11 : « Je sais pas, j'ai l'impression qu'ils (les médecins) sont pas... Enfin, qu'ils ne nous comprennent pas ! »

Prise de conscience

Les parents rapportent que l'annonce par le professionnel leur a permis de prendre conscience que leur enfant avait un problème de santé.

CC6 : « il fallait qu'on en prenne conscience et peut-être que de nous, de nous dire bon bah faut peut-être aller un peu plus loin dans... Ce n'est vraiment pas de la culpabilité, mais c'est plus nous conseiller »

VA8 : « Et je pense que le corps médical aurait dû plus insister vis-à-vis de mon mari qui prenait ça peut-être moins sérieusement que moi quoi. »

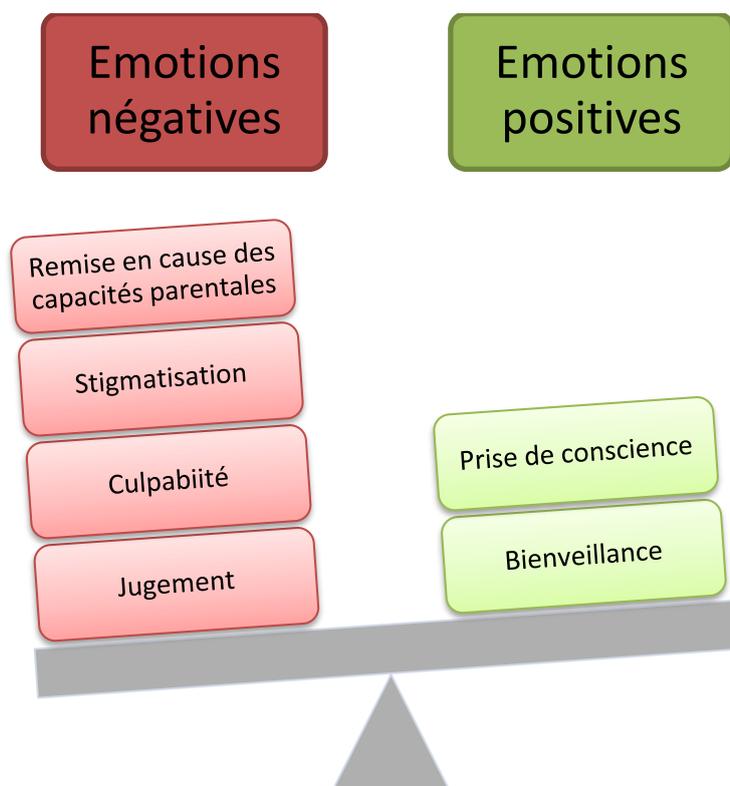
Bienveillance

Nombreux sont aussi les parents à nuancer leur propos et à rapporter une bienveillance de la part des professionnels de santé, au cours de l'annonce et tout au long du parcours.

SN1 : « ... tout le monde a été bienveillant et peut être aussi formé pour ça. Donc non, je n'ai pas eu ce sentiment de jugement, de faute qui s'abat sur nous, etc »

CC7 : « Monsieur X (le pédiatre), il est totalement dans la bienveillance, la gentillesse et tout. Ah non, lui, je lui reproche rien du tout ! »

Figure 4 : Vécu de l'annonce diagnostique par les parents



5. Le professionnel de santé, vu par les parents

Manque d'intérêt

Les parents ont été nombreux à ressentir un manque d'intérêt des médecins pour le surpoids ou l'obésité. Beaucoup rapportent aussi se sentir moins bien soignés, moins écoutés en raison de leur surpoids. Ils rapportent des expériences où les médecins attribuent systématiquement leurs maux à leur surpoids.

DS3 : « Alors quand vous allez chez le médecin et que ce médecin vous dit "Ah bah c'est le surpoids ou c'est l'obé., oui c'est le surpoids", on s'abstient, quoi [...] on met pas tout sur le surpoids et on cherche les causes [...] mais c'est un peu facile de dire à n'importe

qui qui est en surpoids, "bah oui c'est le surpoids". »

CC7 : « Je peux vous dire quand vous allez chez un toubib que vous vous dites "j'ai mal à la tête, j'ai mal aux bras, j'ai mal aux jambes" - "Ben maigrissez !". Et pourquoi ? Parce que je suis grosse, je peux pas avoir autre chose comme maladie quoi ? Non ! Ah non, ça, ça fonctionne pas quoi ! »

LJ10 : « Moi mon ressenti, c'est que c'est pas le sujet prioritaire des médecins le surpoids. »

HS11 : « C'est pas comme un cardiologue, qui va s'occuper que du cœur. Donc il faudrait un médecin que pour l'obésité je trouve que ça c'est vraiment dommage que ça manque. Après il y a les diététiciennes mais elles sont pas médecins que pour ça ! »

Un discours médical généraliste, avec des idées reçues

La majorité des parents regrette un discours pré fait des médecins, avec un manque d'adaptation à la situation particulière de l'enfant et de la famille.

BG4 : « Mon premier parcours de chirurgie bariatrique [...] Le médecin m'a dit, il faut arrêter tout ce qui est grignotage et soda. Mais je l'ai regardé, j'ai fait "Monsieur je grignote pas et je ne consomme pas de soda". "Oui, ben il faut arrêter les bonbons" "Mais non mais j'en consomme pas". Enfin voilà, je veux dire, c'est le discours tout fait de trop de médecins encore je trouve. »

BG4 : « Mais les gens qui font n'importe quoi avec leurs enfants sont pas jugés parce qu'ils ont un IMC classique, on leur dit rien ! Je suis même pas sûre qu'un médecin, se permettrait de dire quoi que ce soit puisque l'enfant en fait, quand il va chez le médecin, il a un IMC classique, donc on lui dira rien. »

HS11 : « Oui, oui, c'était plus en général. Je pense le même discours qu'ils disent à tout le monde, hein, mais je pense qu'il faut faire du cas par cas ! »

Discours discordants

Les différents professionnels de santé vus au cours du parcours de leur enfant, pouvaient avoir des avis et des propositions thérapeutiques différentes, ce qui a conduit les parents à un sentiment d'inquiétude et de perte de confiance envers le corps médical et a parfois renforcé leur idée qu'il n'y avait pas de solution au surpoids.

SN1 : « Donc le médecin par contre lui (en opposition au discours de l'infirmière scolaire), il était plutôt de l'autre côté quoi, il considérait pas ça comme un problème. »

HS11 : « Bon, je vous dis, j'en ai vu 2 (diététiciennes) : 2 sons de cloches différents. »

Mises en garde récurrentes et objectifs inatteignables

Les mises en garde des médecins sont retrouvées chez beaucoup de familles, depuis la petite enfance en général. Les parents regrettent dans ces discours une absence d'aide concrète. Ils souhaiteraient un plus grand intérêt des médecins et des objectifs de stabilisation du poids, fixés avec l'enfant et ses parents. D'autre part, certains professionnels fixent des objectifs sans concertation avec les familles, aboutissant à une frustration et à une mise en échec des parents et enfants.

CC7 : « On peut dire doucement, [...] il y a des façons de le dire, essayer d'ajouter un petit légume par ci par là sans tout réviser d'un coup parce que ça enfin moi ça je l'ai très très mal vécu »

LJ10 : « on vous dit "oui, vous êtes en surpoids mais il faut pas faire de régime." Oui ben

merci, j'ai envie de vous dire oui, d'accord et alors, qu'est-ce que je fais ? "Ben il faut manger plus équilibré" [...] on vous dit "voilà, faut arrêter de grossir" »

HS11 : « Mais sinon les pédiatres ou les médecins traitants tout ce qu'ils disent "Bah faut faire attention, il faut perdre du poids". [...] Ben oui mais bon, c'est facile à dire, je voudrais bien hein, c'est pas un plaisir [...] faut des solutions. Moi je trouve qu'il y en a pas assez. »

La courbe et le rapport à la norme

Le principal outil utilisé pour définir le surpoids ou l'obésité chez l'enfant est la courbe de corpulence, obtenue après report de la taille, du poids et de l'IMC. Nous avons eu des avis divergents sur l'utilisation de la courbe, que certains jugent nécessaire alors que d'autres trouvent qu'il s'agit d'un outil trop strict, normatif, qui engendre de l'anxiété parentale.

CC6 : « Moi j'ai toujours été un peu contre ces trucs là parce que parce qu'au final ça reste 2 courbes quoi. Et j'ai du mal à mettre les gens entre 2 courbes en fait »

CC6 : « À eux (les enfants), ça les aide, ça les aide visuellement à comprendre ce qui se passe quoi ! »

CC7 : « et puis y en a (les médecins) qui sont trop accrochés aux normes. Vous dépassez, je vous dis d'1-2 kilos, des fois c'est une catastrophe quoi ! »

VA8 : « Alors non, il ne l'utilisait pas forcément mais moi je le trouvais pertinent ! J'aimais bien regarder sur la courbe, je reportais mes croix »

JA9 : « elle (la médecin traitant) disait "elle est pas très au-dessus, mais elle est dans les moyennes très hautes en fait". »

HS11 : «Ça fait plus de l'anxiété qu'autre chose parce que quand on voit notre enfant qui

est limite à dépasser la courbe, on se dit "Ouh là" [...] Donc on s'inquiète. Donc est-ce que maintenant on peut parler de normalité ? »

6. Vécu de l'enfant

Recueillir le vécu de l'enfant était un de nos objectifs secondaires mais il a été difficile à réaliser. D'une part, comme dit plus haut, les jeunes enfants ne sont pas forcément présents au cours de l'annonce et ils ne savent pas toujours mettre des mots sur leurs ressentis. D'autre part, les adolescents, peuvent avoir une communication plus difficile avec leurs parents.

CM2 : « Non, et puis il en parle pas, non non »

HS11 : « Mais là après il s'exprimait un petit peu mais là plus ça va et moins il s'exprime hein ! Vraiment il garde tout en lui et oui...Il faudrait pas que ça ait un impact sur son moral quoi. »

7. Cas particulier du grand adolescent

Nous avons observé chez les grands adolescents (entretiens LJ10 et HS11) qu'il y avait des particularités de vécu de la surcharge pondérale, de l'annonce et de la prise en charge.

Notamment, le fait qu'ils sont acteurs dans la prise en charge et ont été à l'origine de la demande de prise en charge auprès de leurs parents.

LJ10 : « E. est dans l'adolescence donc c'est lui qui a fait un petit peu aussi les démarches pour régler un petit peu le souci, pour essayer d'améliorer »

LJ10 : « C'est là à l'adolescence, [...] En grandissant, vous avez besoin de, de vous sentir beau et être plaisant [...] vous avez envie de plaire et puis voilà quoi, je pense que ça joue là-dessus. Et puis E. qui est quelqu'un de très timide, je pense que ça aide pas... Le surpoids aide pas non plus... »

Aussi, ils n'ont pas les mêmes objectifs que les enfants plus petits dans la prise en charge. Ils souhaitent le plus souvent une perte de poids rapide avec des résultats visibles. De plus, ayant quasiment fini leur croissance staturale et atteint leur taille adulte, ils ne peuvent espérer une amélioration de leur corpulence en prenant des centimètres supplémentaires.

LJ10 : « Mais lui sa première volonté c'était vraiment de perdre du poids »

HS11 : « Je vous cache pas que qu'il est pas trop optimiste parce qu'il veut des résultats tout de suite maintenant vous voyez ? Alors que les résultats c'est à long terme, c'est... Et lui non, il veut des résultats tout de suite maintenant... »

8. Vécu de la prise en charge

Éléments déclenchant et favorisant la prise en charge

Au cours des différents entretiens nous avons remarqué que la principale motivation à débiter une prise en charge était le mal être de l'enfant. Souvent, il y a eu des moqueries, du harcèlement, ou une gêne dans les activités de la vie courante qui ont mené la famille à débiter une prise en charge de la surcharge pondérale. Le consentement de l'enfant était recherché par la plupart des parents avant de rentrer dans un programme de prise en charge. Enfin, plusieurs parents ont

souligné la nécessité d'une implication familiale pour mener à bien la prise en charge de leur enfant.

BG4 : « En fait ce qui m'a fait prendre l'initiative de consulter, enfin de prendre contact avec le RéPPOP, c'est surtout que en fait ma fille exprimait un mal-être par rapport à son poids et c'est vraiment le fait qu'elle ait exprimé ce mal-être que je me suis dit : là, faut que j'agisse là ! »

BG4 : « On verra ce que G. accepte aussi parce que je pense qu'aussi elle a son mot à dire [...] c'est son corps, c'est sa santé, même si en tant que maman, je suis obligé d'avoir un discours, "c'est important, .." sans forcer. »

CC6 : « c'est quand même beaucoup d'implication personnelle, un petit peu d'implication financière [...] »

JA9 : « Et non, non, honnêtement, c'est quand elle est rentrée qu'elle m'a dit, (en prenant la voix de sa fille, qui pleure) "Ils ont dit que j'étais une madeleine parce que j'avais un gros ventre. Euh, que j'étais pas belle et tout..." Et là je me suis dit [...] en fait non, j'étais pas capable, donc j'avais besoin de cette aide là »

Points positifs de la prise en charge

Parmi les 11 familles interrogées, 7 bénéficiaient d'une prise en charge familiale, qui est vue comme un point positif, essentiel pour certains.

SN1 : « Le programme PROXOB a servi aux deux parce que la courbe de ma fille s'est infléchie et peut être qu'un jour elle aurait eu des soucis... Je trouve que le programme a été plus important pour elle parce que ça lui a permis de prendre des réflexes avant même que le problème se pose »

DS3 : « c'est toujours mieux d'être accompagné dans ces, dans ces choses qui sont assez

compliquées et donc on est là pour s'entraider quand il y a des moments difficiles, etc. et c'est plus facile. »

JA9 : « En famille, c'était, je pense, essentiel pour que tout le monde en prenne conscience et par exemple qu'il n'y ait pas de moquerie à table »

Pour les familles ayant bénéficié d'une prise en charge en Unité de bilan d'obésité complexe, elles ont souligné se sentir accompagnées. Ce bilan permettant de répondre à des questions qu'elles se posaient concernant l'étiologie de l'obésité de leur enfant.

LJ10 : « Aujourd'hui, E. je pense qu'à la fin de la journée il aura appris des choses, il sera content de cette journée je pense ouais. Et puis il aura eu l'impression que voilà, qu'on cherche quoi. Donc non, non, c'est bien, c'est une bonne journée »

Le RéPPOP A est le réseau de prise en charge libéral, individuel, de la surcharge pondérale en Auvergne, il prenait en charge 3 de nos 11 familles, dont une qui n'avait pas encore commencé le suivi (VA8). Leur avis était globalement positif, mettant en avant la proximité géographique et les horaires adaptés à l'emploi du temps familial.

MM5 : « elle m'a proposé le RéPPOP A qui lui, m'intéresse beaucoup plus puisque c'est des médecins qui sont aux alentours et euh, il n'y a pas de euh, enfin c'est à nos horaires à nous »

Points négatifs de la prise en charge

Si nous omettons le fait que plusieurs parents regrettent que la prise en charge arrive trop tardivement, comme vu plus haut, nous avons eu des retours de parents qui soulignent l'implication que cela demande et regrettent la latence au démarrage du programme et le manque

de suivi au long cours (le suivi est d'environ 2 ans pour le RÉPPOP A et PROXOB). Certains abordent aussi le fait qu'ils ont l'impression que la surcharge pondérale est irréversible, qu'il n'y a pas de traitement efficace.

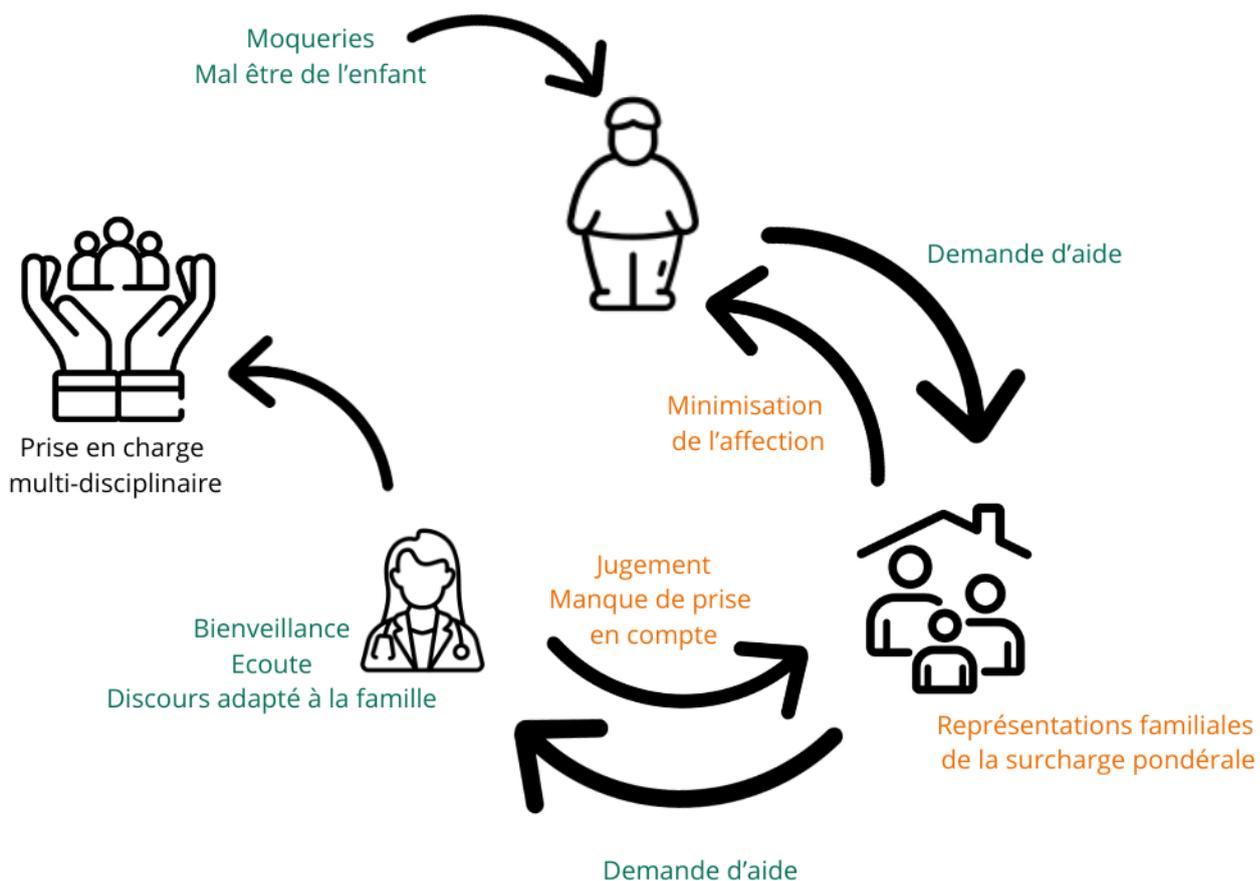
CC7 : « Voilà PROXOB on a un peu mis de côté là depuis le mois d'avril [...] On n'y arrive pas entre les horaires qui sont un petit peu... ce que je comprends puisque les gens sont disponibles que le soir. »

VA8 : « Mais j'aurais voulu avoir une réponse (de la part du programme) avant pour stopper ce mal-être chez chez A. quoi c'est ça surtout ! C'est le but »

JA9 : « c'est très bien mais moi je sais que nous, on aurait besoin d'être suivi euh encore en fait [...] d'avoir des petites piqûres plus régulières du genre téléphone »

LJ10 : « Il y a des mots, mais alors même ici hein [...] on aime bien parler de bah dire là par exemple "le surpoids" mais par contre il faut pas qu'il perde du poids. Bah oui on n'a pas le droit de parler de régime, le régime c'est pas bien mais, mais il faut combattre le surpoids et tout [...] Pour moi il y a pas de vraie... Solution »

Figure 5 : Modélisation du processus amenant à une prise en charge de la surcharge pondérale



Légende :

En vert : Eléments déclenchant et favorisant une prise en charge

En orange : Eléments pouvant retarder ou empêcher la prise en charge

V. Discussion

Les résultats

Notre étude a mis en évidence chez deux tiers des parents interrogés une absence d'annonce diagnostique pour leur enfant en situation de surcharge pondérale. Ce résultat n'était pas attendu car l'obésité étant une maladie chronique, nous nous attendions à ce qu'une annonce soit systématiquement faite comme il est recommandé(10).

Ce défaut d'annonce diagnostique de la part des professionnels de santé pose question car il peut laisser penser aux parents et aux enfants, que l'enfant n'est pas en excès de poids et retarder la prise en charge. Il peut aussi renforcer le sentiment de culpabilité et de responsabilité des parents et de l'enfant par rapport au surpoids. Comme le dit Chantal Sterckeman « éviter de parler clairement du diagnostic c'est dire : tu es différent mais je ne préfère pas t'en parler car je ne veux pas te blesser, donc en quelque sorte "ce que tu es peut-être blessant" »(18).

Le manque d'annonce a été principalement vécu de manière négative par les parents qui se sont sentis seuls face à la corpulence de leur enfant, avec la nécessité de chercher des solutions par eux-mêmes, parfois par méconnaissance des ressources locales de la part des médecins. Plusieurs études se sont intéressées aux freins et leviers à l'annonce diagnostique de surcharge pondérale chez les médecins. La thèse de Caillon L. (15), retrouve une représentation souvent négative de l'obésité de l'enfant de la part de ces derniers, avec une crainte de blesser ou de stigmatiser l'enfant. Il est dit que les médecins adoptent alors deux comportements : une minimisation ou une mise en garde de manière à ce que les parents s'inquiètent du surpoids de leur enfant. Ces deux stratégies semblent, au vu des retours des parents interrogés, ne pas être celles attendues. Les parents attendent plutôt une franchise dans le diagnostic et l'annonce, avec un discours

empathique, bienveillant, qui ne se focalise pas sur les risques liés au surpoids mais plutôt sur les solutions envisageables. Cette réponse parentale va dans le sens des principes de l'entretien motivationnel, méthode d'entretien reconnue efficace pour modifier les comportements en santé comme souhaité dans la prise en charge de l'obésité, qui est une pathologie influencée par le mode de vie et l'environnement. Ses quatre piliers sont : faire preuve d'empathie, développer les divergences, éviter d'argumenter et nourrir le sentiment d'efficacité personnelle(19).

Pour ce qui est du vécu de l'annonce, ou plutôt des discussions autour du poids de leur enfant avec les professionnels de santé, les parents rapportent s'être sentis jugés, avoir ressenti une culpabilité. Les sentiments d'incompréhension et d'injustice face à la maladie de leur enfant étaient aussi très présents avec des parents qui exprimaient une certaine fatalité face au surpoids du fait d'antécédents familiaux et d'hérédité. Certains parents ont aussi expérimenté un vécu personnel traumatique, avec des médecins perçus comme ayant des propos grossophobes. Ils ont alors ressenti l'annonce chez leur enfant comme une attaque et cela a pu déclencher une réaction de résistance à l'acceptation diagnostique et à la prise en charge.

Il faut tout de même noter que certains parents ont eu une annonce qui a été bien vécue, avec une prise de conscience de la problématique de leur enfant, et des professionnels bienveillants. Dans ces cas-là, le professionnel ayant fait l'annonce était souvent le médecin traitant, généraliste ou pédiatre, et avait proposé une prise en charge spécialisée rapidement aux parents.

Les principales attentes que les parents ont exprimées concernant l'annonce sont : qu'il y ait une annonce du diagnostic de surcharge pondérale auprès des parents et de l'enfant, qu'elle soit progressive, en toute franchise et adaptée à la famille. Les parents souhaitent que le professionnel de santé les interroge sur leurs habitudes de vie, leurs antécédents familiaux, que l'enfant ait sa place dans l'annonce et que l'aspect psychologique du surpoids soit pris en compte.

Le médecin doit avoir une posture non jugeante, être un soutien pour la famille et l'aider dans la mise en place de changements, avec des objectifs atteignables et fixés en accord avec les parents et l'enfant. La temporalité de l'annonce est aussi un élément important à prendre en compte. Tous les parents regrettent une annonce trop tardive, limitant les chances de réussite d'une prise en charge. Cependant, ils soulignent la nécessité de ne pas se précipiter dans l'annonce et de savoir saisir le moment où parents et enfants sont prêts à l'entendre. Les termes utilisés au moment de l'annonce doivent aussi être adaptés au vocabulaire utilisé par l'enfant et sa famille. Le mot « obésité » est en majorité connoté négativement pour les parents.

Aussi, les parents ont systématiquement abordé leurs représentations du surpoids et de l'obésité au cours des entretiens. Certains ne considèrent pas la surcharge pondérale comme une maladie avec ses propres risques mais plutôt comme un facteur de risque de développer des complications. Cela est probablement en lien avec le fait que l'excès de poids est une situation fréquente, banalisée et perceptible par tous, dont le principal symptôme est « visible ». Il y a aussi beaucoup d'idées reçues sur les personnes en surpoids ou obèses, avec une stigmatisation par la société y compris par les professionnels de santé(20). De nombreux parents ont minimisé le surpoids de leurs enfants, ce qui est commun et retrouvé dans plusieurs travaux(21). En effet, si nous nous fions qu'aux courbes de poids et de taille ou au seul aspect visuel, le risque de sous-estimer le statut de corpulence de l'enfant est grand. Ce qui va dans le sens des recommandations, qui sont de systématiquement reporter l'IMC sur les courbes, pour ne pas retarder le diagnostic de surpoids.

Dans notre étude, une grande majorité des parents interrogés étaient eux-mêmes en situation de surcharge pondérale, ce qui est fréquent, avec un odds-ratio à 2.22 (95% CI: 2.09, 2.36) concernant le risque d'avoir un enfant obèse quand les parents le sont aussi(22).

Le fait que les parents soient eux aussi en situation de surpoids ou d'obésité a été abordé au cours des entretiens et il ressort que nombreux sont les parents à avoir eu un parcours pondéral compliqué, souvent depuis l'enfance, et qu'ils souhaitent éviter cela à leur enfant car ils ont souvent vécu des situations traumatisantes. Le fait qu'ils soient en surpoids, leur confère aussi un rôle de parent « expert » qui a pour la plupart du temps, déjà expérimenté des prises en charges diverses, et connaît les bases théoriques d'un mode de vie limitant le surpoids.

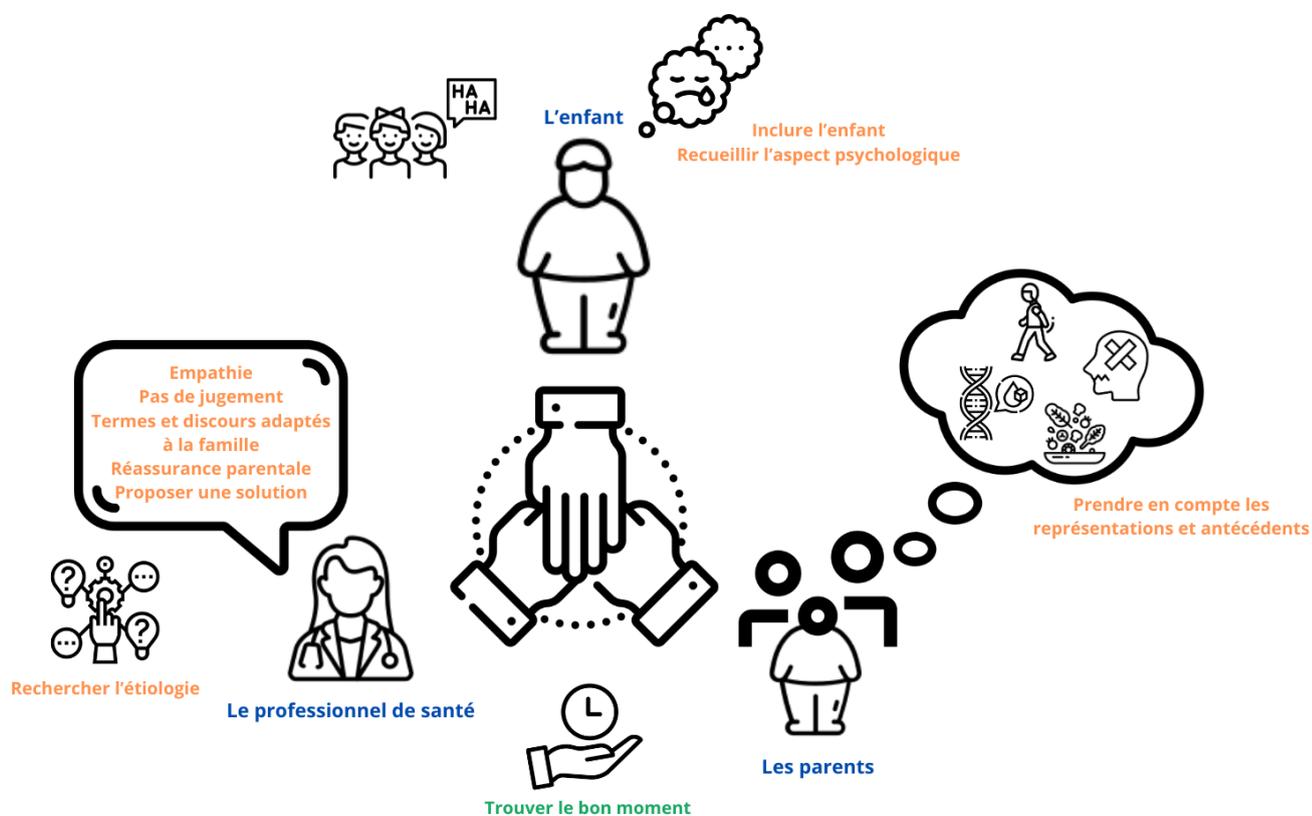
Le vécu de l'enfant a été difficile à recueillir du fait de l'absence d'entretiens directement avec eux. De plus, les jeunes enfants avaient des difficultés à exprimer leur vécu aux parents et les plus grands, adolescents, communiquaient moins avec leurs parents. Ce qui ressort tout de même c'est une tristesse et une culpabilité à l'annonce. Les enfants ont aussi souvent exprimé leur mal être en lien avec le surpoids à leurs parents, ce qui a pu être le déclencheur d'une prise de conscience parentale et d'une demande de prise en charge.

Le vécu de la prise en charge quant à lui a été globalement très bon, avec des parents qui se sont sentis soutenus, aidés par les différents programmes. Nous avons une majorité de familles suivies par le programme familial PROXOB, qui a été très bien accueilli par les parents, trouvant l'approche familiale primordiale dans le traitement du surpoids, car il s'agit de modifier les habitudes de vie du foyer. L'inclusion dans le programme PROXOB se fait à l'initiative des parents, ce qui peut expliquer leur satisfaction. Les familles suivies par le RéPPOP A, réseau de professionnels libéraux à proximité du lieu d'habitation des familles, a aussi été apprécié car les familles peuvent être suivies par leur médecin traitant habituel s'il est formé, ce qui facilite les échanges. Aussi, la proximité géographique et la flexibilité des horaires ont été des points facilitant la démarche de prise en charge. Le bilan d'obésité complexe quant à lui, a aussi été bien reçu par

les parents et les enfants, car il a été vécu comme une ressource permettant d'explorer les causes du surpoids chez les enfants, chose qui n'avait souvent pas été faite auparavant.

Les seuls points négatifs de ces différents programmes de prise en charge seraient l'implication temporelle et financière. Enfin, une famille nous a fait part de son regret de ne pas avoir un suivi prolongé au-delà des deux ans prévus par PROXOB.

Figure 6 : Modélisation d'une annonce diagnostique de surcharge pondérale bien vécue



Les 3 acteurs de l'annonce :

- L'enfant, avec son vécu, les moqueries qu'il peut subir
- Les parents et leurs représentations, leurs histoires personnelles et antécédents familiaux
- Le professionnel de santé, avec un discours adapté, empathique, sa démarche étiologique et sa proposition de soins

Et la notion de temps, à peser, afin de correspondre aux 3 acteurs impliqués dans l'annonce

Forces et limites

Les principales limites de ce travail sont qu'il s'agit d'une première expérience de recherche pour l'investigatrice principale, qui n'était pas familière avec la recherche qualitative. La rédaction du guide d'entretien ainsi que l'analyse interprétative phénoménologique ont été aidées de ressources méthodologiques (23) ainsi que de la formation à la recherche qualitative par le DMG de Clermont-Ferrand. Une autre limite en lien avec l'investigatrice principale est qu'elle est médecin et a un IMC normal, ces deux données ayant pu limiter les propos des participants par peur de critiquer les médecins. Aussi, le fait que l'investigatrice ait un IMC normal a pu limiter le sentiment de confiance des parents qui rapportent au cours des entretiens se sentir peu compris par les personnes n'étant pas en surpoids.

Concernant les participants, nous pouvons souligner qu'il s'agit uniquement de parents participant à un réseau de prise en charge de la surcharge pondérale, ayant accepté le diagnostic et la prise en charge. Il serait intéressant de recueillir le vécu de parents dont les enfants ne sont pas suivis, ou qui sont suivis par un dispositif de premier recours comme le programme national « Mission Retrouve Ton Cap »(24). Enfin, nous n'avons pas échantillonné les participants sur leur statut socio-culturel et économique, ce qui aurait pu être pertinent car le statut socio-économique défavorisé est un facteur favorisant le développement d'une surcharge pondérale.

Les forces de cette étude sont qu'elle s'est intéressée au vécu des parents au moment de l'annonce, sujet qui reste peu exploré dans le cas de la surcharge pondérale alors que la prévalence du surpoids et de l'obésité pédiatrique explose. Une autre force est que nous avons pu interroger 11 parents, pris en charge par différents programmes en Auvergne, et qui ont des enfants d'âges différents, permettant d'obtenir des récits variés autour d'un même événement : l'annonce de surpoids de son enfant.

Comparaison aux données de la littérature

Peu de travaux se sont intéressés au moment précis de l'annonce pour explorer le vécu parental. Cependant, il y a tout de même des études qui se sont intéressées à la communication autour du surpoids des enfants, ce qui semble pertinent au vu de notre résultat principal qui montre une absence d'annonce. Dans une méta-analyse de Ames et al.(25), qui a comparé 23 études, dont 21 s'intéressant au vécu parental ainsi qu'aux attentes concernant la communication autour du poids de leur enfant, nous retrouvons des résultats similaires à notre étude. Notamment, avec des niveaux de preuves élevés à modérés concernant la volonté parentale d'avoir une information précoce et adaptée à l'enfant de la part des professionnels de santé. Aussi, il est apparu que pour les parents, les médecins sont une source fiable, utile, en qui ils ont confiance et que leur discours peut influencer leur motivation à prendre en charge le surpoids. Il ressort qu'il est du rôle des professionnels de santé d'informer les parents, de manière respectueuse, directe, proactive en posant des questions ouvertes. Leurs attentes portent aussi sur la proposition de prise en charge, qui doit être initiée par le médecin. Les émotions parentales autour du surpoids, étaient variables, allant de réactions positives à très négatives, avec aussi la notion de minimisation de la corpulence de leurs enfants qui était retrouvée, comme chez les parents de notre étude.

Dans une étude de Turner et al. (26), les parents considéraient les soins primaires comme un cadre approprié pour traiter l'obésité infantile, mais hésitaient à consulter par crainte d'être blâmés pour le poids de leur enfant et parce qu'ils s'inquiétaient de son bien-être mental. Ils se demandaient également si les praticiens avaient les connaissances, le temps et les ressources nécessaires pour prendre en charge efficacement l'obésité infantile. Ils soulignaient aussi que l'approche d'une équipe pluridisciplinaire peut être bénéfique pour l'enfant, car les praticiens peuvent varier dans le type de soins qu'ils prodiguent.

Dans une autre étude de Falconer et al. (27), qui évaluait les avantages et inconvénients de la communication d'informations sur le poids aux parents dans le cadre d'un programme national de dépistage du poids à l'école, il est apparu que l'impact de l'information sur le poids a permis aux parents de mieux reconnaître le surpoids de leur enfant et a encouragé certains parents à demander de l'aide, sans provoquer d'effets négatifs évidents. Cela allant dans le sens qu'il y a davantage de bénéfices à annoncer et informer les parents qu'à minimiser ou ne pas annoncer clairement la situation pondérale aux parents.

Dans un article de Ingun Toftemo (28), qui s'intéresse aux points de vue et expériences des parents d'enfants de moins de 6 ans en surpoids, Les parents se sont présentés et ont présenté leurs enfants comme vulnérables, concluant que le surpoids chez le jeune enfant devait être abordé de manière sensible et respectueuse. Il ressort également qu'il peut être utile pour les médecins de discuter avec les parents de leurs propres expériences en matière de poids et de régime. Enfin, il est conclu que toutes les personnes qui s'occupent de l'enfant doivent être considérées comme une cible pour la prise en charge.

Perspectives

Ce travail nous a permis de mettre en lumière un phénomène que nous ne soupçonnions pas : l'absence d'annonce diagnostique de surpoids et d'obésité en pédiatrie. Il nous a aussi permis de recueillir les attentes des parents concernant l'annonce avec le souhait d'avoir une discussion ouverte, franche et le plus précocement possible avec les parents pour pouvoir améliorer la corpulence de leurs enfants. Ce travail pourrait être complété par une nouvelle étude s'intéressant directement au vécu des enfants mais aussi, auprès des parents d'enfants en surpoids ou obèses qui ne sont pas pris en charge par un réseau spécialisé.

VI. Conclusion

Cette étude qualitative a permis de recueillir le vécu des parents lors de l'annonce du diagnostic de surcharge pondérale de leur enfant. Les enfants étaient suivis par un programme de prise en charge auvergnat.

Il ressort principalement que les parents n'ont pas eu d'annonce diagnostique, et que ce sont eux qui ont sollicité l'aide des professionnels de santé lorsque la situation pondérale de leur enfant les a inquiétés ou que leur enfant a exprimé un mal être en rapport avec son poids. Les parents attendent des médecins une démarche proactive dans l'annonce de la surcharge pondérale, en gardant une attitude bienveillante et sans jugement. Ils souhaitent également que les praticiens puissent être un soutien et soient source d'aide et de proposition thérapeutique précoce.

Malgré l'absence d'annonce initiale, les parents ont fait part de leur vécu concernant le parcours de leur enfant en surcharge pondérale. Ils rapportent avoir ressenti de la culpabilité, un sentiment de jugement et un manque d'intérêt des professionnels pour cette affection. Les éléments qui semblent améliorer le vécu parental sont le fait que le professionnel connaisse la famille et l'enfant, qu'il y ait un lien de confiance entre eux et que l'annonce soit progressive et bienveillante.

Le vécu des enfants concernant l'annonce n'a pas été aisé à recueillir auprès des parents car l'enfant était rarement présent au moment de l'annonce et que la communication semblait être difficile autour du poids au sein de la famille. Les programmes de prise en charge du surpoids et de l'obésité en pédiatrie, sont vécus comme une aide par les parents, et le programme familial semble être l'option la plus appréciée.

Un travail complémentaire avec des entretiens menés directement auprès des enfants et adolescents permettrait de recueillir leur vécu de l'annonce et de la prise en charge.

Pierre CLAVELOU
Doyen-adolesc



A handwritten signature in black ink, which appears to be 'Pr Yves BOIRÉ'. Below the signature, the name 'Pr Yves BOIRÉ' is written in a simple, blocky font.

VII. Références bibliographiques

1. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. résultats de l'étude Estéban et évolution depuis 2006. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 2017;13:234-41.
2. Organisation Mondiale de la Santé. WHO [En ligne]. 2024. Obésité et surpoids [cité le 26 janv 2024]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Organisation Mondiale de la Santé. WHO [En ligne]. 2023. Obésité [cité le 24 août 2023]. Disponible: <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>
4. Heude B, Scherdel P, Werner A, Le Guern M, Gelbert N, Walther D, et al. A big-data approach to producing descriptive anthropometric references: a feasibility and validation study of paediatric growth charts. Lancet Digit Health. 2019;1(8):e413-23. DOI: 10.1016/S2589-7500(19)30149-9
5. Dalmais C. Caloris [En ligne]. 2023. Enfant - Calculer votre IMC [cité le 26 janv 2024]. Disponible: <https://www.caloris.fr/obesite-de-lenfant/enfant-calculer-votre-imc/>
6. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320(7244):1240-3. DOI: 10.1136/bmj.320.7244.1240
7. Grieken A van, Renders CM, Wijtzes AI, Hirasing RA, Raat H. Overweight, Obesity and Underweight Is Associated with Adverse Psychosocial and Physical Health Outcomes among 7-Year-Old Children: The 'Be Active, Eat Right' Study. PLOS ONE. Public Library of Science; 2013;8(6):e67383. DOI: 10.1371/journal.pone.0067383
8. Must A, Phillips SM, Naumova EN. Occurrence and timing of childhood overweight and mortality: findings from the Third Harvard Growth Study. J Pediatr. 2012;160(5):743-50. DOI: 10.1016/j.jpeds.2011.10.037
9. World Health Organisation. [En ligne]. janv 2023. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [cité le 31 janv 2024]. Disponible: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1492142148>
10. Haute Autorité de Santé. [En ligne]. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) [cité le 16 mars 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e

11. Haute Autorité de Santé. [En ligne]. 2014. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique [cité le 31 janv 2024]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique
12. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [En ligne]. 4 oct 2023. Les centres spécialisés d'obésité [cité le 31 janv 2024]. Disponible: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/les-centres-specialises-d-obesite>
13. Li-Thiao-Te V, Doise N, Boulfroy E, Tinot T, Notheaux-Micheli J, Pautard B. Vécu parental de l'annonce du diagnostic d'hémophilie chez l'enfant. Archives de Pédiatrie. 2011;18(6):636-42. DOI: 10.1016/j.arcped.2011.03.015
14. Rankin D, Harden J, Waugh N, Noyes K, Barnard K. Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2014;15(8):591-8. DOI: 10.1111/pedi.12124
15. Caillon L. Annonce de l'obésité pédiatrique : freins et leviers en pratique de médecine générale. Étude qualitative avec analyse thématique [Thèse d'exercice : Médecine générale en ligne]. Montpellier: Université de Montpellier; 2022 [cité le 28 avr 2023]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03900800>
16. Pontier L, Lime F. Annonce du diagnostic d'obésité infantile : Regards croisés médecins patients [Thèse d'exercice en ligne]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon I; 2017 [cité le 24 mai 2023]. Disponible: https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/45ae272e-1e37-498d-b9a4-1b4f21dce73b/blobholder:0/THm_2017_LIME_Florence_et_PONTIER_Laura.pdf
17. Bianco E, Chaumeron S. Insee [En ligne]. sept 2021. Territoires ruraux : entre dynamisme démographique et vieillissement de la population - Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes - 120 [cité le 29 févr 2024]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5360534>
18. Negre V, Quinart S, Cardinal S, Bulliard J. L'obésité des jeunes. Faut qu'on en parle ! Besançon: Canopé éditions; 2014.
19. Laurin C, Lavoie KL. L'entretien motivationnel et les changements de comportements en santé. *Perspectives Psy*. Les Ulis: EDP Sciences; 2011;50(3):231-7.
20. Hansson LM. Obesity and Stigma : Studies on Children, Adults and Health Care Professionals [Ph.D. en ligne]. Sweden: Karolinska Institutet (Sweden); 2010 [cité le 16 mars 2022]. Disponible: <https://www.proquest.com/docview/2566223890/abstract/494035E2C494918PQ/1>
21. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, Shirali A. Childhood Obesity: Do Parents Recognize This

Health Risk? *Obesity Research*. 2003;11(11):1362-8. DOI: 10.1038/oby.2003.184

22. Wang Y, Min J, Khuri J, Li M. A Systematic Examination of the Association between Parental and Child Obesity across Countries. *Adv Nutr*. 2017;8(3):436-48. DOI: 10.3945/an.116.013235
23. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la londe J, Lustman M, Mercier A, et al. *Initiation à la recherche qualitative en santé*. Paris: Global Média Santé; 2021.
24. Fâtome T. Ameli [En ligne]. 2023. Mission : retrouve ton cap [cité le 9 mars 2024]. Disponible: <https://www.ameli.fr/puy-de-dome/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/mission-retrouve-ton-cap-prevention-obesite-infantile>
25. Ames H, Mosdøl A, Blaasvær N, Nøkleby H, Berg RC, Langøien LJ. Communication of children's weight status: what is effective and what are the children's and parents' experiences and preferences? A mixed methods systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):574. DOI: 10.1186/s12889-020-08682-w
26. Turner KM, Salisbury C, Shield JPH. Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Family Practice*. 2012;29(4):476-81. DOI: 10.1093/fampra/cmr111
27. Falconer CL, Park MH, Croker H, Skow Á, Black J, Saxena S, et al. The benefits and harms of providing parents with weight feedback as part of the national child measurement programme: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2014;14:549. DOI: 10.1186/1471-2458-14-549
28. Toftemo I, Glavin K, Lagerløv P. Parents' views and experiences when their preschool child is identified as overweight: a qualitative study in primary care. *Family Practice*. 2013;30(6):719-23. DOI: 10.1093/fampra/cmt056

VIII. Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Bonjour,

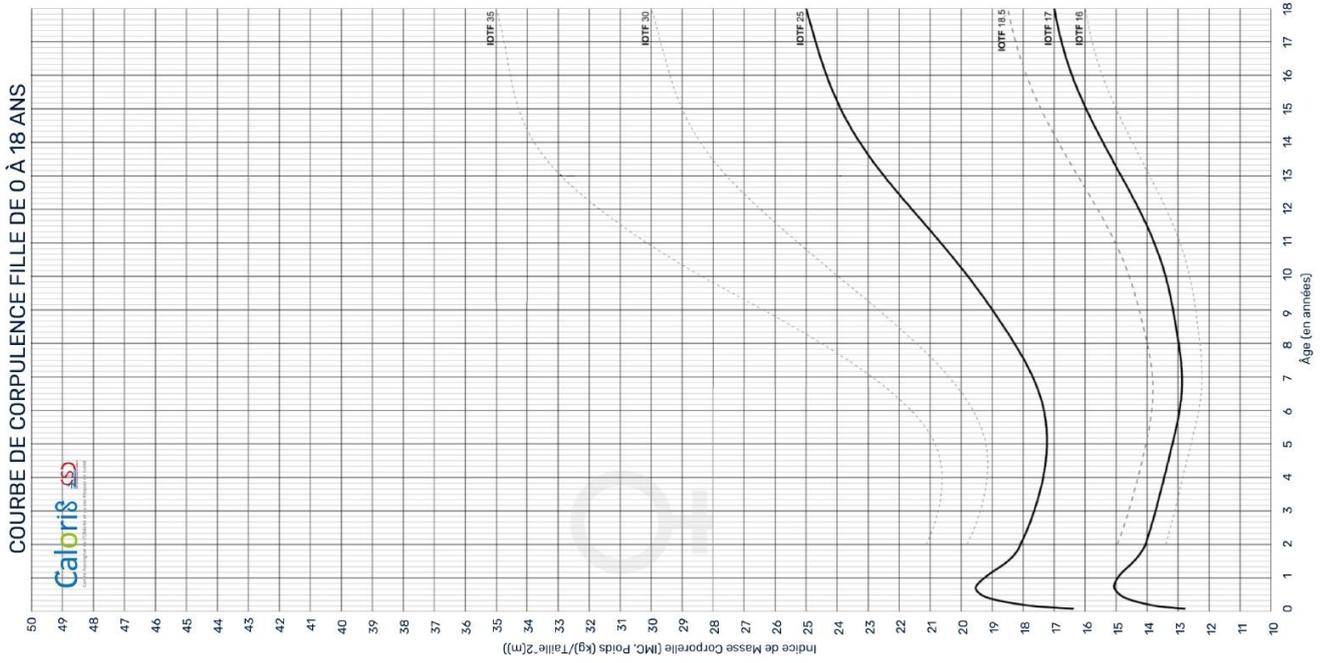
Je suis Agathe, étudiante en dernière année de médecine générale et je m'intéresse au sujet du surpoids pédiatrique. Je souhaiterais connaître votre expérience personnelle, notamment lorsque l'on vous a appris que votre enfant était en surpoids.

Pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé ?

Questions de relance :

- Qui a fait l'annonce et que vous a-t-on dit ?
- Quels sentiments avez-vous éprouvé ?
- Qu'avez-vous apprécié ? Moins apprécié dans votre parcours ?
- Comment auriez-vous souhaité que ça se passe ?
- Comment votre enfant a réagi ?

Annexe II : Courbes de corpulence des filles et garçons de 0 à 18 ans



Annexe III : Lettre d'invitation aux parents

Bonjour à tous,

Je suis Agathe BODIO, étudiante en dernière année de Médecine Générale au CHU de Clermont Ferrand et je vous sollicite dans le cadre de mon travail de thèse.

En effet, j'aimerais travailler sur l'obésité et le surpoids pédiatriques et interroger les parents d'enfants en surpoids pour améliorer nos pratiques médicales.

Concrètement, il s'agit d'un **entretien** d'environ 40 minutes où l'on va discuter ensemble de votre expérience.

Je souhaiterais recueillir **votre vécu** concernant l'annonce du surpoids de votre enfant.

Si vous souhaitez participer à l'amélioration de nos pratiques, vous pouvez me contacter par mail ou par téléphone ou en parler à l'équipe soignante qui me contactera ensuite. On conviendra ensemble d'un lieu et d'une date de RDV.

Merci d'avance pour l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Agathe BODIO, interne

Annexe IV : Approbation du Comité Ethique



Comité éthique de la Direction de la Recherche Clinique et de l'innovation (DRCI) du CHU de Clermont-Ferrand

Address : 58 rue Montalembert DRCI - Bâtiment Dunant, 63003 Clermont Ferrand, France

IRB registration number : IRB00013412

IRB name : CHU de Clermont Ferrand IRB #1

Contact : irb-drci@chu-clermontferrand.fr

IRB chairperson: Prof. Anthony BUISSON

IRB members: Prof. Matthieu JABAUDON, Prof. Alexandre LAUTRETTE, Dr. Audrey MIRAND, Dr. Céline NOURRISSON, Dr. Farès MOUSTAFA, Dr. Jonathan LACHAL, Dr. Célian BERTIN, Dr. Sylvain MATHIEU, Lise LACLAUTRE-PERRIER, Xavier BIJAYE, Sylvia BOULLIAU, Prof. Nicolas BARNICH

Data protection officer: Michel RUBIO

July 24th, 2023

Dear investigator,

We are pleased to inform you that your study entitled "**Exploration du vécu des parents lors de l'annonce du diagnostic de surcharge pondérale de leur enfant, en Auvergne** » submitted by Dr Charlotte CARDENOUX has been reviewed by our IRB and by our data protection officer and is now approved.

This approval is based on the veracity of your information included within the attached version of the protocol, leading our IRB to confirm that your research did not fall within the jurisdiction of "Research involving human persons" according to the French law*.

The following IRB number was allocated to your study: **2023-CF097**.

Please mention the following sentence within your manuscript: *The study was approved by local Ethics Committee (IRB00013412, "CHU de Clermont Ferrand IRB #1", IRB number 2023-CF097) with compliance to the French policy of individual data protection.*

On behalf of the IRB,

Dr Sylvain MATHIEU

*au sens de l'Article L.1121-1 et des Articles R.1121-1 et R.1121-2 du code de la santé publique

Le 24 juillet 2023

Réf. DPO2023-M_CC1

Etude dans le domaine de la Santé Conformité règlementaire Informatique et Libertés⁽¹⁾

L'étude intitulée « **Exploration du vécu des parents lors de l'annonce du diagnostic de surcharge pondérale de leur enfant, en Auvergne** » a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données du Centre hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand.

Le promoteur s'est engagé à conduire l'étude dans le respect de la méthodologie de référence MR004. Le CHU de Clermont-Ferrand, a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence » en date du 29 mars 2022.

Cette étude a été portée au registre des traitements de l'établissement avec le **numéro M23CC0710**.

Le Délégué à la Protection des Données
du CHU de Clermont-Ferrand

⁽¹⁾ Loi 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles / Règlement UE 2016/679 (RGPD)

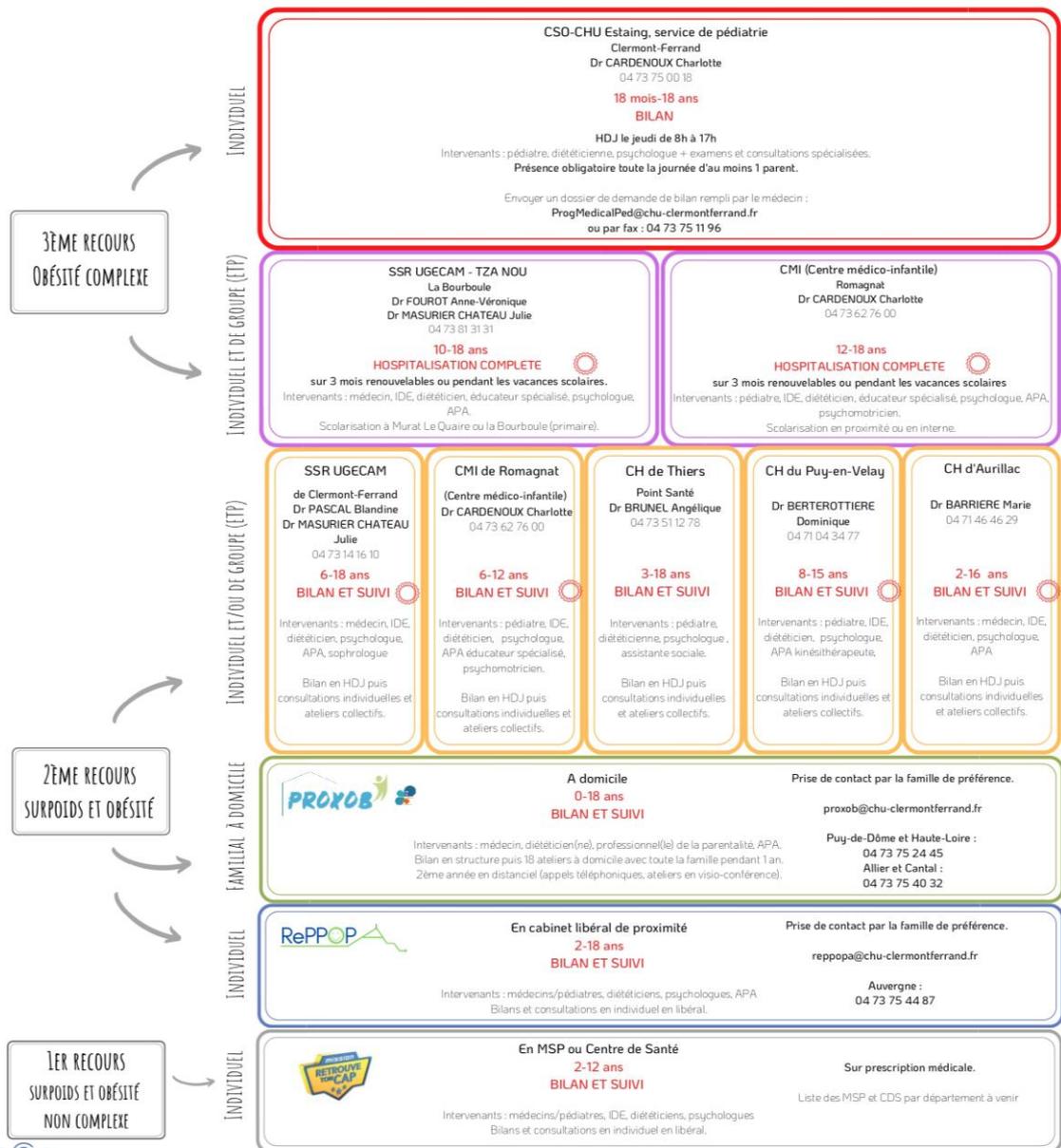
Annexe V : Aide à la décision pour la prise en charge des enfants en excès de poids en Auvergne (CALORIS)



Fiche à destination des professionnels de santé

Prise en charge des enfants en excès de poids : structures et dispositifs en Auvergne

POUR UNE AIDE A L'ORIENTATION, CONTACTER LE CSO CALORIS : 04 73 75 44 87



ET POUR TOUT RENSEIGNEMENT ...



Numéro unique : 04 73 75 44 87
caloris@chu-clermontferrand.fr
www.caloris.fr

PROGRAMME ETP AUTORISÉ

(VERSION DECEMBRE 2022)

Annexe VI : Grille COREQ

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

Enquêteur/ Animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Agathe BODIO
Titre académique	Quels étaient les titres académiques de l'enquêteur ?	Aucun
Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne de médecine générale et remplaçante non thésée en médecine générale
Genre	Le chercheur est-il un homme ou une femme ?	Femme
Expérience de formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Aucune expérience Formation en recherche qualitative du DMG de Clermont Ferrand

Relation avec les participants

Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le début de l'enquête ?	Non
Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Les participants savaient que le chercheur était une interne de médecine générale de Clermont Ferrand qui faisait sa thèse d'exercice avec un attrait pour le sujet du surpoids pédiatrique
Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Interne en dernière année d'internat de médecine générale

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse interprétative phénoménologique
---------------------------------------	--	---

Sélection des participants

Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné
Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail envoyé par les coordonnateurs des programmes PROXOB et RÉPPOP A ainsi qu'en personne avec remise de la notice d'information et une brève explication (identique au contenu du mail) par la chercheuse lors des hôpitaux de jour d'obésité pédiatrique
Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11
Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raison ?	Participation à l'étude sur la base du volontariat donc pas de refus mais non réponse aux mails (Mail envoyé à 74 familles du RÉPPOP A le 13/06/23 : 2 réponses ayant abouti à 2 entretiens, 2nd mail envoyé le 18/09/23 à 77 familles avec 1 réponse positive mais abandon avant l'entretien. Pour le réseau PROXOB, 2 mails ont été envoyés aux 41 familles le 10/07/23 avec 2 réponses positives ayant abouti à 2 entretiens et un second mail a été envoyé aux mêmes familles le 19/09/23 avec 3 réponses aboutissant à 2 entretiens et 1 abandon) Pour les patients recrutés lors de l'hôpital de jour, aucun refus n'a été observé.

Contexte

Cadre de collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au domicile des participants (4) ou dans un bureau du CHU (6) ou par téléphone (1)
Présence de non participant	Y avait-il d'autres personnes présentes autres les participants et l'enquêteur ?	Non, excepté pour un entretien où la fille d'un participant était dans la même pièce
Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Parents d'enfants pris en charge par PROXOB ou RÉPPOP A ou l'Hôpital de jour d'obésité pédiatrique du CHU Clermont Ferrand

Recueil des données

Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui Testé auprès du directeur de thèse uniquement
Entretien répété	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
Enregistrement audio-visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Notes prises pendant et après chaque entretien
Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	39,4 minutes en moyenne (29'25 à 55'35'')
Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
Retour de retranscription	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	1
Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun
Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui et oui
Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

IX. SERMENT D'HIPPOCRATE

Version longue

Au moment d'être admis(e) 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 les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

BODIO Agathe, Signature

Version courte

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

BODIO Agathe, Signature

Annnonce du diagnostic de surcharge pondérale en pédiatrie : quel vécu pour les parents ?

Résumé :

CONTEXTE La surcharge pondérale, incluant le surpoids et l'obésité, touche 17% des enfants en France. Il s'agit d'une affection chronique, qui doit être dépistée, annoncée et traitée comme toute maladie chronique. Peu de travaux se sont intéressés à l'annonce et au vécu parental de celle-ci.

OBJECTIF L'objectif principal était d'explorer le vécu parental de l'annonce diagnostique de la surcharge pondérale en pédiatrie et améliorer les pratiques en soins primaires. Les objectifs secondaires étaient d'explorer le vécu des enfants et le vécu de la prise en charge du surpoids et de l'obésité, en Auvergne.

METHODE Nous avons procédé à une étude qualitative avec une analyse interprétative phénoménologique, à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de parents d'enfants pris en charge par l'un des trois réseaux de prise en charge de la surcharge pondérale en Auvergne (RÉPPOP A, PROXOB ou l'unité de bilan d'obésité complexe du CHU).

RESULTATS Nous avons interrogé 11 parents entre juillet et décembre 2023. Il est apparu que l'annonce diagnostique est peu faite, et que ce sont le plus souvent les parents qui sollicitent les professionnels de santé. Leurs attentes pour une meilleure annonce sont : une annonce diagnostique par le médecin traitant, avec de la bienveillance, du soutien, une absence de jugement, une proposition de prise en charge précoce et des objectifs quantifiés et atteignables. Le vécu des enfants est difficile à obtenir au travers de leurs parents car l'enfant est souvent exclu lors de l'annonce. La prise en charge quant à elle, est bien vécue par les parents, qui y voient une aide précieuse. La prise en charge par un programme familial semble être une approche appréciée des familles.

CONCLUSION Les parents attendent des professionnels de santé qu'ils soient moteurs dans l'annonce diagnostique, en adoptant une posture franche, bienveillante et respectant le rythme de chaque famille. Ils souhaitent aussi que les médecins soient source de propositions thérapeutiques, le plus précocement possible.

Mots-clés :

- Obésité pédiatrique
- Surpoids pédiatrique
- Annonce diagnostique
- Vécu parental
- Réseau de prise en charge
- Soins primaires