

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Jérémy BREUNEVAL

Né le 14/02/1994 à Courbevoie (92)

**Vécu des pères d'enfant en situation d'obésité suivis dans l'unité de
pédiatrie du Centre Hospitalier de Châteauroux.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai 2024 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Régis HANKARD, Pédiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Denis LECOMTE, Pédiatrie, PH, CH Châteauroux

Directrice de thèse : **Docteur Mary LEBLEU, Médecine Générale, CCU, Faculté de
Médecine - Tours**

Introduction

En 2020, 29 % des enfants âgés de 7 à 9 ans sont en situation de surpoids ou d'obésité en Europe. Cette prévalence ne cesse d'augmenter aussi en France. Comme beaucoup de pathologies chroniques, les recommandations de prise en charge de l'obésité infantile sont basées sur le principe d'éducation thérapeutique. La participation des parents à ces programmes est un des enjeux majeurs de cette prise en charge même si leur implication peut être variable. Peu d'études se sont intéressées au vécu des parents qui y participent et leurs populations d'études étaient majoritairement maternelles. Pourtant, l'implication des pères durant ces programmes et de manière générale dans la santé de leur enfant est tout autant nécessaire.

L'objectif de cette étude était donc d'explorer le vécu des pères d'enfants en situation d'obésité pris en charge dans l'unité pédiatrique du CH de Châteauroux.

Méthode

Étude qualitative utilisant une approche par théorisation ancrée avec échantillonnage en variation maximale. Neufs entretiens ont été réalisés en présentiel jusqu'à suffisance des données, attestée par leur saturation.

Résultats/Discussion

L'analyse des codes ouverts a permis de faire émerger 5 catégories : la dynamique familiale, la prise de conscience, l'investissement, l'épanouissement et le maintien des changements.

Initialement, les pères mettaient tous en avant le fait de se sentir en retrait par rapport à leur conjointe concernant la santé de l'enfant. La prise de conscience de l'obésité de leur enfant était donc tardive mais la participation aux ateliers d'éducation thérapeutique renforçait leur implication. Il en résultait un changement de posture, du père « policier » qui réprimandait au père « éducateur » qui accompagnait son enfant dans la démarche de soin. Cette évolution améliorait leur communication et enrichissait leur relation père-enfant facilitant le maintien durable des changements. Pour autant, des situations à risque de rupture de la prise en charge existent et nécessitent d'être anticipées pour ne pas mettre en échec l'ensemble de ce processus.

Conclusion

L'investissement des pères dans ce parcours d'éducation thérapeutique a contribué à renforcer les liens père-enfant tout en leur permettant de trouver leur place, tant dans la prise en charge de leur enfant que dans une dynamique familiale améliorée.

Mots clés

Obésité infantile, Éducation thérapeutique, Vécu paternel, Relation père-enfant, Dynamique familiale

Introduction

In 2020, 29% of children aged 7 to 9 were overweight or obese in Europe. This prevalence is also rising steadily in France. Like many chronic pathologies, recommendations for the management of childhood obesity are based on the principle of therapeutic education. Involving parents in these programs is a major challenge, even if their involvement can vary. Few studies have looked at the experiences of parents who take part, and their study populations were predominantly maternal. However, the involvement of fathers in these programs, and in their child's health in general, is just as necessary.

The aim of this study was therefore to explore the experiences of fathers of obese children treated in the pediatric unit of Châteauroux Hospital.

Method

Qualitative study using a grounded theory approach with maximum variation sampling. Nine face-to-face interviews were conducted until data sufficiency was attested by data saturation.

Results/Discussion

Analysis of the open codes revealed 5 categories : family dynamics, awareness, investment, fulfillment and maintenance of change.

Initially, all fathers highlighted the fact that they felt less involved than their spouses in their child's health. Their awareness of their child's obesity came late, but participation in the therapeutic education workshops reinforced their involvement. As a result, the father's posture changed from that of a "policeman" reprimanding his child, to that of an "educator" accompanying his child in the treatment process. This evolution improved their communication and enriched their father-child relationship, easing the way to durable changes. Nevertheless, there are situations where the care process could break down, which need to be anticipated to avoid jeopardizing the whole process.

Conclusion

Involving fathers in this therapeutic education program has helped strengthen the father-child bond, while enabling them to find their place, both in their child's care and in improved family dynamics.

Keywords

Childhood obesity, Therapeutic education, Paternal experience, Father-child relationship, Family dynamics

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, *P dagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie  tudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEU Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOU Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLOU-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste

EL AKIKI Carole

HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste

IMBERT Mélanie

SIZARET Eva

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
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 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.*

A MES MAÎTRES, MEMBRES DU JURY

Au Professeur Régis HANKARD,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail et de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Christophe RUIZ,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.
Je vous remercie pour votre enseignement délivré pendant ces années d'internat.

Au Docteur Denis LECOMTE,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.
Je vous remercie de m'avoir accueilli au sein de votre programme d'éducation thérapeutique mais également pour vos conseils et votre disponibilité tout au long de cette thèse. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

Au Docteur Mary LEBLEU,

Tu m'as fait l'honneur de me proposer de travailler avec toi sur ce vaste sujet auquel j'ai eu plaisir à m'intéresser. Je te remercie pour tes enseignements pendant ces années d'internat comme pendant ce travail. Merci également de m'avoir fait confiance pendant ces 6 mois de disponibilité. J'admire le médecin que tu es mais je suis également heureux de te compter parmi mes amies.

REMERCIEMENTS

Aux co-internes qui m'ont accompagné au fil des semestres : Mary, Neige, Jean-Yves, Cécile, Laura, Paul, Alexandre, Leila, Sysy, Barbossa et Alexanne. Cet internat n'aurait pas eu la même saveur sans vous. J'en garde tant de précieux souvenirs !

Aux équipes soignantes des services de Loches, l'Ermitage et Blois : merci pour votre accueil, votre bienveillance et votre accompagnement.

Aux personnes qui m'ont aidé dans l'élaboration de cette thèse : l'équipe de pédiatrie de Châteauroux pour votre accueil, Lyla pour ta vitesse de dactylographie, Alexandre pour tes précieux conseils, Barbara pour ton aide colorée et Solenne pour le temps passé à m'aider jusqu'au dernier moment.

A mes parents et ma sœur : vous êtes une famille géniale.

A mes amis de Rennes et de Tours, pour tous ces moments passés ensemble.

A Solenne, pour ta présence, ton écoute constante.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	14
Définition du surpoids et de l'obésité infantile.....	14
Epidémiologie	14
Retentissement de l'obésité infantile.....	14
Facteur de risque d'obésité infantile	15
Prévention et éducation thérapeutique dans l'obésité infantile.....	15
MATERIEL ET METHODE	16
Approche.....	16
Participants.....	16
Recueil des données.....	16
Analyse des données	16
Aspects réglementaires et éthiques	17
RÉSULTATS	18
Caractéristiques des participants.....	18
Analyse ouverte	18
Analyse axiale	18
Catégorie 1 : La dynamique familiale	19
Catégorie 2 : La prise de conscience.....	22
Catégorie 3 : L'investissement	25
Catégorie 4 : L'épanouissement	28
Catégorie 5 : Maintenir les changements !.....	30
DISCUSSION	32
Résultat principal.....	33
Comparaison à la littérature.....	36
Forces et limites.....	39
Perspectives pour la pratique.....	40
CONCLUSION	42
ANNEXES	43
Annexe 1 : Courbes de corpulence des deux sexes de 1 mois à 18 ans.....	43
Annexe 2 : Exploration des a priori des chercheurs par la méthode de 7 questions.....	45
Annexe 3 : Guide d'entretien, version finale.....	46
Annexe 4 : Questionnaire socio-épidémiologique	47
Annexe 5 : Caractéristiques socio-démographiques des participants (Tableau 1)	48
Annexe 6 : Feuille de consentement	49
Annexe 7 : Livret de codes.....	50
Annexe 8 : Fiche repas – Service Diététique – CH Châteauroux.....	53
Annexe 9 : Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) HAS ⁽⁴⁸⁾	56
BIBLIOGRAPHIE	57

ABRÉVIATIONS

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRESS : Centre de Recherche en Epidémiologie et Statistiques

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IOTF : International Obesity Task Force

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Définition du surpoids et de l'obésité infantile

Le surpoids et l'obésité sont définis comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse, qui nuit à la santé » selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La référence pour l'adulte est l'indice de masse corporelle (IMC) qui définit le surpoids lorsqu'il est supérieur à 25 et l'obésité lorsqu'il est supérieur à 30 ⁽¹⁾.

Dans le cas de l'enfant, il faudra prendre en compte l'âge, le sexe et se référer aux courbes de corpulence du carnet de santé de l'enfant ⁽²⁾. Ces courbes ont été actualisées en 2018 ⁽³⁾. Ainsi pour les enfants de plus de deux ans, les courbes de corpulence représentées dans le carnet de santé sont donc celles proposées par l'International Obesity Task Force (IOTF). Avant l'âge de deux ans, le comité d'expertise a souhaité permettre la visualisation du pic de corpulence autour de neuf mois et propose l'utilisation des courbes « AFPA-Inserm/CRESS-CompuGroup Medical 2018 ⁽²⁾. Sur ces courbes, le surpoids de l'enfant sera défini par un IMC supérieur au seuil IOTF-25 et l'obésité par un IMC supérieur au seuil IOTF-30 ⁽⁴⁾. (Annexe 1)

Epidémiologie

La prévalence mondiale du surpoids et de l'obésité infantile ne cesse d'augmenter, passant de seulement 4 % en 1975 à plus de 18 % en 2016 pour les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans ⁽⁵⁾. Cette augmentation est toujours en cours avec environ 30% d'enfant en situation de surpoids ou d'obésité en Europe selon l'OMS en 2023 ⁽⁶⁾. En France, on retrouve une augmentation similaire de la prévalence qui a été multipliée par 4 sur les cinquante dernières années ⁽⁷⁾.

Retentissement de l'obésité infantile

L'obésité infantile est un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies. Tous les systèmes peuvent être affectés par l'obésité à court, moyen ou long terme, selon l'âge et la gravité de l'obésité ⁽⁸⁾. Les principales comorbidités sont d'ordre métabolique, pulmonaire, bucco-dentaire ainsi que les conséquences psychologiques, sociales et comportementales, telles que l'isolement social, la dépression et la discrimination ⁽⁹⁾. Celles-ci persistent à l'âge adulte avec une morbidité et une mortalité prématurée accrues ⁽¹⁰⁾. Par ailleurs, les conséquences à court et à long termes liées à l'obésité sont responsables d'un coût économique important ⁽¹¹⁾.

Facteur de risque d'obésité infantile

L'obésité est une maladie complexe qui est influencée par un large éventail de facteurs génétiques et environnementaux interagissant entre eux ⁽¹²⁾. Bien que les facteurs génétiques de l'obésité infantile soient de mieux en mieux connus, ils restent moins déterminants que les facteurs environnementaux ^(13,14). Ces derniers sont potentiellement modifiables et la prévention de ces facteurs de risques semble être la solution la plus prometteuse pour lutter contre l'obésité infantile ⁽¹⁵⁾. Parmi les principaux facteurs exogènes à risque de surpoids et d'obésité de l'enfant, on retrouve : l'apport calorique excessif, le manque d'activité physique ou plus généralement la sédentarité des enfants d'aujourd'hui, l'utilisation excessive d'écrans, le manque de sommeil mais également les habitudes de vie des parents ⁽¹⁶⁾.

Prévention et éducation thérapeutique dans l'obésité infantile

De nombreuses études ont démontré la nécessité d'une prise en charge globale et multidimensionnelle incluant des séances d'éducation thérapeutique associées à un suivi au long court ^(12,14,17-19). En revanche, peu d'études se sont intéressées au ressenti de l'enfant ayant intégré un programme d'éducation thérapeutique. L'une d'elle a permis de mettre en évidence un vécu positif de cette expérience chez les enfants qui y ont participé. Cette étude insistait sur l'intérêt d'inclure les parents dans la prise en charge ⁽²⁰⁾. De plus, la triade relationnelle fait partie intégrante des spécificités de l'éducation thérapeutique en pédiatrie ⁽²¹⁾.

Dans le travail de thèse de M. Lebleu, le vécu des parents d'enfants en situation d'obésité suivis en unité d'obésité infantile a pu être exploré. Elle y évoque l'intérêt du dépistage des parents en difficulté, le plaisir de l'investissement dans la prise en charge et l'amélioration des relations parents-enfants. Cependant, un seul entretien a pu être réalisé avec un père ⁽¹⁶⁾.

L'intérêt de ce travail est de mieux comprendre l'expérience des pères d'enfants en situation d'obésité lorsque ces derniers participent à un programme d'éducation thérapeutique. Nous avons également recherché ce qui pourrait les freiner pour pouvoir adapter la prise en charge afin de mieux les intégrer dans la santé de leur enfant.

L'objectif de cette étude est donc d'explorer le vécu des pères d'enfants en situation d'obésité pris en charge dans l'unité pédiatrique du CH de Châteauroux

MATERIEL ET METHODE

Approche

Étude qualitative utilisant une approche par analyse inductive générale. Les a priori du chercheur ont été explicités avant le travail par la méthode des sept questions (*Annexe 2*).

Participants

La population d'intérêt était constituée par les pères d'enfants en situation d'obésité suivis dans le service de pédiatrie du CH de Châteauroux.

L'échantillonnage était en variation maximale sur les critères suivants : âge du père, catégorie socioprofessionnelle, situation conjugale, âge de l'enfant et temps de suivi dans le service.

Le recrutement a été opportuniste : la participation a été systématiquement proposée aux pères lors des ateliers d'éducation thérapeutique dans le service de pédiatrie, d'abord systématiquement à tous puis en fonction des variations recherchées au fur et à mesure de l'étude.

Recueil des données

Les entretiens ont été conduits en présentiel. Ils ont été enregistrés et retranscrits en verbatim. Le guide d'entretien initial a été réalisé à partir de la recherche bibliographique. Il a été modifié au cours de l'étude en fonction des analyses itératives (*Annexe 3*).

Les entretiens ont été conduits jusqu'à suffisance des données, attestée par leur saturation.

Les données socio-économiques ont été recueillies par questionnaire écrit lors des entretiens puis résumé dans un tableau (*Annexes 4 et 5*).

Analyse des données

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

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

Aspects réglementaires et éthiques

Notre étude se classe en recherche n'impliquant pas la personne humaine dite également hors loi Jardé ⁽²²⁾. L'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a donc pas été requis.

Cette recherche a été approuvée et autorisée par la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du Centre Val de Loire le 27 novembre 2023.

Aucun fichier nominatif n'a été constitué. Toutes les retranscriptions des entretiens ont été désidentifiées et les enregistrements audios ont été détruits. Les questions de recueil de données socio-économiques ont été anonymisées. Tous les participants ont signé une lettre d'information et de consentement (*Annexe 6*).

RÉSULTATS

Neuf entretiens ont été conduits avec des pères ayant participé à une ou plusieurs séance(s) d'atelier thérapeutique avec leur enfant. Les entretiens ont duré de 19 à 51 minutes. Ils ont été réalisés en présentiel, entre mai 2022 et novembre 2023.

Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1 (*Annexe 5*).

Les pères de 4 filles et 5 garçons ont participé à cette étude. Au moment des entretiens, les pères avaient entre 37 et 58 ans. Ils étaient issus de différentes catégories socioprofessionnelles. L'un d'entre eux n'avait pas d'activité professionnelle. Leur assiduité aux séances allait d'une seule participation à l'intégralité du parcours.

Les enfants avaient entre 4 et 16 ans. Deux d'entre eux étaient enfants uniques. Le début du suivi des enfants dans le service allait d'une semaine à trois ans.

Analyse ouverte

L'analyse ouverte et l'étiquetage initial ont abouti à la constitution d'un livre de 75 codes (*Annexe 7*).

Analyse axiale

L'analyse des codes ouverts a permis de faire émerger 5 catégories : la dynamique familiale, la prise de conscience, l'investissement, l'épanouissement et le maintien des changements.

Catégorie 1 : La dynamique familiale

Lors des premières questions, les pères étaient amenés à discuter de leurs habitudes personnelles, familiales et professionnelles, de l'histoire pondérale de leur enfant et de leur place au sein de cette famille.

- Les habitudes culturelles pouvaient être utilisées comme une justification du surpoids de l'enfant.

« Parce que nous comment dire on est réunionnais et tout on mange beaucoup du coup les portions... Et puis nous (les pères) on est bons mangeurs. » (E1)

« D'un côté on est tous un petit peu costauds donc des petits gabarits il n'y en a pas chez nous [rires], enfin mes enfants sont fins ! Mon fils fait 1m93 et 75-78kg donc bon il est... L'autre c'est pareil il doit faire 1m80 un peu comme moi mais il est fin, et le dernier c'est pareil il est en 5e et c'est un fil de fer quoi... et pourtant ils mangent... enfin ça mange quoi ! » (E3)

« Après niveau nourriture c'est vrai qu'on sort d'une famille de campagnard donc les plats sont assez riches donc on va limiter vraiment dire à la mère de calmer un peu calmer un peu le jeu. » (E5)

« On a une carrure, que ce soit moi ou ma femme, un petit peu élevée donc j'ai vu que la moyenne, donc pour nous, ça nous semblait logique que qu'il soit au-dessus. » (E7)

- Certains pères pouvaient ressentir de la culpabilité vis-à-vis de ces habitudes.

« Euh, bien nous on est tous responsable du moment qu'on a un enfant on est responsable donc, faut qu'il ait une vie normale sans complexe comme j'ai dit tout à l'heure. » (E4)

« Puis après on s'en est rendu compte avec les grignotages qu'il pratiquait à la maison, en cachette, on ne l'avait pas vu avant ! » (E5)

« Il faut tout le temps qu'il ait l'estomac presque plein... Je sais pas, j'arrive pas... J'ai beau lui dire... » (E5)

« On ne l'avait pas forcément remarqué [...], donc pour nous, ça nous semblait logique que qu'il soit au-dessus [...] on ne s'est pas suffisamment alerter auparavant ! » (E7)

- D'autres ont mis en avant une peur des conséquences de l'obésité pour leur enfant : regards des autres, moqueries, mal être, apparences corporelles, santé, ...

« On revient d'une après-midi de recherche de vêtements et on s'aperçoit que pour son âge de 8 ans, elle met du 12 ans... Là tu te dis... et encore au niveau du 12 ans au niveau des bras ça passe, au niveau du fessier difficilement. » (E3)

« On veut attaquer maintenant le problème comme ça, qu'il ne soit pas, d'accord, lésé à l'avenir à l'école et tout ça, qu'il ne se sente pas complexé ou à l'écart parce que vraiment l'obésité c'est un fléau mondial, [...] ça et aussi le regard des autres, [...], socialement on se sent écarté ! » (E4)

« Ils pouvaient même plus aller à l'école ils étaient tellement gros et obèses que ça les complexés d'aller à l'école, ils se sont renfermés et ça, ça rend malade les enfants et bien sûr ça se répercute sur toute la famille. » (E4)

« On va prendre les devants pour éviter que plus tard tu sois comme ton frère. » (E5)

« [des moqueries] qu'elle masquait, parce que bon, elle sait bien faire, mais on l'entendait malgré tout dans des petites remarques ou des choses comme ça. Elle le disait pas directement en fait, si vous voulez. » (E9)

- Les pères évoquaient parfois des difficultés de communication avec leur enfant qui pouvaient engendrer des problèmes relationnels et impacter la dynamique familiale.

« On lui dit qu'il ne faut pas qu'elle mange trop. Mais elle se vexe assez facilement et puis quand on lui parle de ses rondeurs, elle peut piquer... elle peut se mettre à pleurer assez facilement. » (E3)

« Non pour moi je pense qu'il en prend pas encore assez conscience parce que quand on le voit manger un gâteau c'est même la [ghréline] je sais pas chez lui ça ne doit pas exister c'est constamment je sais pas il faut tout le temps qu'il ait l'estomac presque plein... Je sais pas, j'arrive pas... J'ai beau lui dire... » (E5)

- Ils abordaient ensuite la relation avec leur conjointe et la difficulté à trouver leur place concernant la santé de leur enfant. Ils se sentaient en retrait par rapport à leur conjointe sur ce point. Certains se justifiaient par le manque de temps, d'autres par une sorte de "norme sociale", ou encore par la crainte de se tromper.

« Je sais pas peut être que c'est aussi la maman qui ... Dès que c'est en rapport avec la santé, c'est toujours maman ! On est encore, peut-être, à l'époque où on disait que la maman faisait à manger, s'occupait des enfants... je pense qu'il y a encore un peu de ça. » (E2)

« En règle générale, les hommes sont un peu exclus de ce genre de ... de rendez-vous. Même là pour mon grand, il y a la réunion avec les rencontres parents/enseignants... c'est elle qui va y aller ! Bon voilà [rires]... J'aurais voulu y aller mais elle veut y aller absolument ! [...] Il y a une domination féminine en fin de compte. Je trouve qu'il y a moins de place pour le père pour prendre les rendez-vous médicaux ou autre c'est madame qui fait quoi. » (E3)

« On se sent pas capable car [on] aurait trop peur de faire une bêtise vis à vis de l'enfant donc on se met un peu en retrait. C'est pas le fait qu'on veut pas s'en occuper mais on a quand même des hésitations. Quand on [fait] une mauvaise chose c'est pas bon du tout parce qu'après on sait plus comment se rattraper et en tant que père c'est un peu gênant. » E5

« Je pense que la paternité n'est pas aussi intuitive que la maternité, je me souviens au début j'avais peur de faire des bêtises avec ce petit bout de truc alors que ma femme j'ai eu l'impression qu'elle avait fait ça toute sa vie ! Alors peut-être que cet écart initial peut entraîner un décalage. » (E7)

« Mon emploi du temps est clairement plus chargé que celui de ma femme. On a fait le choix et elle a fait en sorte de choisir un endroit où elle a des horaires à peu près décentes. » (E9)

- D'autres encore se retrouvaient dans une posture de père « policier » qui ne leur convenait pas. Cette posture pouvait être source de conflit avec l'enfant.

« Comment je l'accompagne sur ça euh... bah je ... euh ... je sais pas quoi vous dire... On lui dit qu'il ne faut pas qu'elle mange trop. Mais elle se vexe assez facilement et puis quand on lui parle de ses rondeurs, elle peut piquer sa... elle peut se mettre à pleurer assez facilement, c'est compliqué vous savez. » (E3)

« Donc moi ça a été intervenir sur quelque chose qui s'était déjà passé la plupart du temps, ce qui n'est pas facile pour moi. Maman elle a beaucoup de mal à faire entendre sa voix... Parce que « monsieur » a du mal à écouter sa maman donc c'est moi qui doit ... » (E6)

« C'est jamais plaisant de dire à ses enfants qu'ils font des bêtises... Mais en même temps. Faut bien le faire... » (E6)

Catégorie 2 : La prise de conscience

Cette deuxième catégorie est ressortie dans les questions s'intéressant à la situation avant le début de la prise en charge mais également une fois la prise en charge initiée.

- Avant le début de la prise en charge, cette prise de conscience pouvait venir de l'enfant lui-même, d'un ou des deux parents, et parfois facilitée par le suivi du surpoids lors des consultations de médecine générale.

« C'est nous les parents quand on a demandé à l'itop à son école de voir un médecin pour son poids parce qu'on s'inquiétait. » (E1)

« C'est avec sa maman... gestion de l'armoire... Tiens il n'y a plus rien à se mettre euh... il faut qu'on achète des vêtements. On revient d'une après-midi de recherche de vêtements en ville à Châteauroux et on s'aperçoit que pour son âge de 8 ans, elle met du 12 ans... » (E3)

« Donc voilà, c'est parti de là. De l'image qu'elle pouvait envoyer d'elle-même dans le miroir... C'est elle même qui a dit à Maman « mais je suis grosse ». C'est elle même qui a eu la présence d'esprit de dire « la petite fille qui a la bouille toute ronde comme ça c'est moi... donc il faut faire quelque chose ». Elle a vu le médecin généraliste qui la suit et c'est pour ça que l'on a pris rendez-vous ici. » (E3)

« Là c'est plutôt les prises de décision de la mère parce que bon elle aussi elle se sentait déjà pas bien dans sa peau vis-à-vis de ça. » (E5)

« Avec notre médecin qui nous a dit qu'il est un peu... enfin il a toujours été un peu au-dessus de la courbe. Il y a 2 ans, il y a eu un moment où il a vraiment eu un gros pic, où il est monté très vite sur la courbe. » (E6)

- Cette remise en question pouvait s'accompagner d'une certaine culpabilité comme mentionné dans la première catégorie.

« Enfin, ça a été une grosse remise en question pour moi et ma femme de... Cette notion de surpoids. Parce que même pour nous, on n'en avait pas forcément connaissance, on ne s'en rendait pas compte pour nous-mêmes. Donc le fait de voir ça avec lui, ça nous a posé des questions sur ce qu'on lui transmettait comme image, comme exemple... On a eu un peu honte également. » (E7)

- Les pères avaient beaucoup d'attentes concernant la prise charge et espéraient une prise de conscience de leur enfant, lorsque ce n'était pas déjà le cas, afin de limiter les conflits.

« Qu'elle prenne conscience au niveau de la nourriture de ne pas manger n'importe quoi. Moi ce que je voulais c'est qu'elle se rende compte que ce n'est pas le bon chemin... au niveau du sport elle en faisait très peu. » (E2)

« Qu'il prenne conscience vraiment ses petits grignotages. Pour qu'il ait envie quand on lui dit d'arrêter lorsqu'on voit qu'il se sert et qu'on voit qu'il y en a trop ! » (E5)

« J'attendais plus que ça l'intéresse [l'enfant] assez pour qu'il veuille faire quelque chose de lui-même, que ce soit pas à nous de lui imposer : "fait moins de ça, mange moins ça" ! Que ce soit plutôt un geste qui vienne de lui, qu'il ait envie de faire attention. » (E6)

- Après les premiers ateliers, cette prise de conscience était souvent renforcée pour le père comme pour l'enfant. Il semblait que le fait d'être présent pour leur enfant puisse les faire réfléchir sur eux-mêmes.

« *Nous [les pères] on est bons mangeurs et réduire c'est pour notre santé aussi.* » (E1)

« *On pense avoir les bons trucs et bien on ne les a pas forcément, surtout au niveau des rations. J'ai envie [de voir des résultats positifs]... Enfin je veux voir si c'est vraiment vrai...* » (E2)

« *Donc vaut mieux prendre les choses en main, c'est pour ça qu'on s'est inscrit dans cet atelier et ça a été bénéfique, j'ai bien appris des choses, on ne faisait pas tout bien mais c'est positif pour moi voilà. Je me suis rendu compte que ça, c'est-à-dire avoir une bonne hygiène de vie et manger équilibré, c'est très bien même pour toute la famille même pour tout le monde, c'est -à-dire tout le monde doit se sentir bien dans sa tête quoi voilà.* » (E4)

« *Et bien je le vis bien parce que je découvre vraiment certaines choses que je ne m'étais pas non plus posée la question à la maison donc moi aussi ça m'ouvre les yeux. Oui, le fait de venir forcément on se rend plus compte et du coup là je vais m'en resservir beaucoup plus.* » (E5)

« *Avec ces ateliers, la prise de conscience a été surtout pour moi. Dire que moi aussi, il faudrait que je fasse attention à mon poids.* » (E7)

- Dans certaines situations, la prise de conscience paraissait absente chez le père. Il en ressortait alors un déni concernant la nécessité d'une prise en charge immédiate.

« *Moi personnellement, j'aurais attendu... j'aurais attendu qu'elle grandisse. Là, elle n'a que 8 ans... 10-12 ans on commence à aller vers le sport... Moi j'aurais attendu qu'elle se développe un peu plus, enfin qu'elle grandisse. Là elle fait un petit peu tassée, quand elle va grandir un peu elle va sûrement s'allonger. Pour moi je l'ai dit c'était trop tôt. Pour moi je voulais qu'elle grandisse encore un an ou deux, pour voir si elle allait grandir, s'allonger un peu, s'affiner un peu... On sait très bien qu'avec l'âge... [sourir] J'aurais attendu 3-4 ans encore ! [...] Moi je suis là parce qu'on m'a demandé de venir hein ! [...] La balance on n'est pas du tout dedans... Enfin, moi je ne suis pas du tout dedans, je mange beaucoup plus que ce que je ne dépense... Même si je fais du hand en club à La Châtres et euh... bon euh.. on se dépense le jeudi soir mais après on mange le casse-croûte donc euh... et puis on a les matchs le samedi – dimanche mais après on a aussi le casse-croûte derrière... » (E3)*

« *C'est que la maman était plus impliquée au départ, enfin, c'est elle qui a enclenché dans le sens où elle disait 'moi je l'ai vécu et je vois comment elle est aujourd'hui et je me projette un peu dans ce que j'étais étant petite et je ne veux pas de ça pour elle'. Donc c'est la maman qui a déclenché les choses puisqu'elle a réagi à ça. Moi c'est vrai que je n'ai pas connu ça donc spontanément, je disais 'elle va grandir et voilà, comme son frère elle va s'affiner... Ou pas et puis enfin, peu importe' mais enfin pour moi, ce n'était pas... Voilà, ça ne m'avait pas alerté autant que ça n'avait alerté la maman.* » (E9)

- Sans prise de conscience, la remise en question était également diminuée avec un report de la culpabilité vers la conjointe ou l'enfant.

« Surtout chez la maman. Au début, c'était la période où elle était beaucoup chez sa mère, et elle mangeait de tout et n'importe quoi. » (E2)

« Alors est ce que c'est le fait que ça soit une fille... La dépense physique n'est pas la même.... Avec les copains... dans la cour on le voit, je suis enseignant moi, des filles qui jouent au ballon, qui se confrontent aux garçons, j'en ai une sur dix qui va le faire. Les autres, elles marchent tranquillement, elles sont sur le banc, elles échangent des cartes ou voilà des jeux très passifs. Une sportive de haut niveau j'en ai qu'une [rires] et ma fille n'est pas du style à aller jouer avec les garçons. » (E3)

« Parce moi, Je suis un très gros mangeur mais je ne prends pas de poids. Je mange beaucoup. Quand les enfants viennent, on fait tout le temps un repas équilibré donc ce n'est pas de ma faute si elle est comme ça. Déjà... bon chez sa mère, elle faisait pas trop attention... parce que je suis séparé avec ma femme. Bon chez moi on faisait attention [...]. Moi y a pas ça. On mange déjà bien. Rien qui a changé dans les repas. » (E8)

Catégorie 3 : L'investissement

- La prise en charge en ateliers a permis aux pères d'acquérir des connaissances et de changer leurs habitudes.

« Ça nous a apporté beaucoup car on a demandé des conseils et comment manger. Ils nous ont fait voir comment équilibrer les repas et c'est vachement bien. Avant on mettait une grande assiette et maintenant c'est pratiquement tout petit même pour le riz parce que nous on mangeait beaucoup de riz et bah maintenant c'est des toutes petites quantités. » (E1)

« Le fait de de venir ici, ça me fait du bien, c'est très enrichissant. Il donne des conseils pour après, ça aide et à nous de notre côté de le faire. Les aliments [à ne pas manger], même si je les connaissais... avoir des idées de recettes ou des accompagnements de viandes de poissons et ne pas toujours faire purée/riz/ pâtes... tout ça donne de bonnes idées. » (E2)

« Oui j'ai appris des choses sérieusement. Voilà avant y avait beaucoup plus de bonbons, de chips, tout ça on minimise. On a appris des choses : 'comment bien manger', 'l'activité physique c'est quoi', c'est à dire la vraie définition. Bon on le savait mais les vraies définitions quand même ici, j'ai perfectionné mes connaissances. » (E4)

« Parce qu'avant bon on essayait de limiter, je ne dis pas qu'on faisait rien, mais on n'avait pas la vraie prise en charge. » (E5)

« Très intéressant, avec pas mal de notion sur l'alimentation, c'est ce qu'on venait chercher, l'assiette fractionnée par exemple avec tous les éléments du plat. Chez nous on a tendance à manger la viande puis les légumes ou les féculents donc forcément niveau quantité, on n'y est pas. Et puis les boissons, typiquement on était assez consommateur de tout ce qui était soda. Donc ça on a, on a réduit. » (E7)

« Très très bien. Il y a des choses que moi je ne connaissais pas non plus, au niveau des repas. Comment on fait pour équilibrer tout ça. » (E8)

- Comme pour la prise de conscience, on remarque que la présence aux ateliers semblait augmenter l'investissement des pères dans la prise en charge.

« Moi depuis que je suis venu, je me suis impliqué dedans à fond. Et même là vous voyez je vais faire les courses après. » (E2)

« On va reprendre les activités qu'on faisait, du foot, du vélo, ... » (E5)

« Euh bah déjà je m'implique plus dans tout ce qui est course et alimentation parce qu'avant c'était ... ma femme qui s'en occupait. » (E7)

« Avoir une aide extérieure pour le faire, un point de vue extérieur aussi, c'est toujours bien, ça motive. » (E9)

- Les pères évoquaient également l'importance d'être rassurés sur le fait de ne pas « tout mal faire » et appréciaient de pouvoir rompre avec l'isolement en participant aux ateliers avec d'autres parents.

« Qu'ils nous aident, bah c'est un plus quoi. On n'est pas tout seuls. » (E1)

« Savoir qu'on est pas tout seul et les gens ils sont venus. Vous avez vu on a pu échanger, faire un petit tour de table, tout ça et ça crée des liens et ça rend les enfants comment dire... moins marginalisés. » (E4)

« Avoir une aide extérieure pour le faire, un point de vue extérieur aussi, c'est toujours bien, ça motive et c'est ça permet aussi de se dire "Ben voilà, ça on le fait bien, ça on le fait peut-être un peu moins bien". » (E9)

« Par exemple, la présentation du docteur L. sur les écrans, bah on s'est rendu compte qu'on était cohérent et que voilà, on était même plutôt pas mal à ce niveau-là dans la gestion du temps d'écran à la maison. Donc ça permet aussi de rassurer, je pense, certaines familles sur leurs pratiques parce qu'on a vite tendance sinon à dire "on fait tout pas bien, c'est pour ça qu'on est là". Mais voilà... Il y a ce côté un peu rassurant aussi qui est important puisqu'on sait qu'on ne peut pas être parfait mais qu'il y a toujours des points d'amélioration à poser. » (E9)

- Ils étaient sensibles à l'approche pédagogique et pluridisciplinaire des ateliers en insistant sur la relation de confiance avec les différents professionnels.

« Que du positif parce qu'ils sont là pour nous aider et c'est un grand positif parce qu'il y a des villes où ils n'ont pas ça [...] j'apprécie ce qu'ils font. » (E1)

« Le point positif c'est d'avoir des professionnels ! On a une personne qui fait pour le côté physique, le côté sport. Il y a aussi le côté diététique. Le Docteur L. qui chapote tout ça et en une seule séance on voit ces trois personnes là et donc [...] Ce qui est bien c'est de regrouper tout au même moment. » (E2)

« Ces ateliers m'ont dirigés. Ce sont des gens plus compétents bien sûr ils sauront mieux que nous toujours voilà bon. » (E4)

« D'ailleurs ce que je trouve bien, comme il dit lui, c'est qu'il ne parle pas de régime. Il parle de manger équilibré. C'est mieux pour apprendre parce que le médecin pour son asthme, il fait des reproches par rapport à son poids. C'est vrai qu'elle l'apprécie. Elle pose des questions sur tout, elle s'intéresse grâce à lui. » (E8)

« Alors ce qui est intéressant dans ces principes d'ateliers, c'est un petit peu la diversité des propositions. Parce que voilà, on a affaire à une diététicienne qui nous explique certains aspects. Et après c'est un éducateur sportif qui explique d'autres aspects, qui met aussi en avant le fait qu'une pratique sportive ou en tout cas une activité favorise aussi l'équilibre. Il n'y a pas que le repas, il y a aussi d'autres aspects. Et puis le docteur L. qui vient ponctuer régulièrement en donnant une approche un peu plus générale ou en précisant certains points sur ce que ça apporte sur le corps, quel effet ça apporte sur le corps. Donc on a une dimension assez complète de l'approche sans que ça soit trop lourd. » (E9)

- Les pères ressentaient l'envie d'être exemplaire afin d'être une source de motivation pour leur enfant et ainsi favoriser l'implication de celui-ci. En retour, l'enfant s'investit effectivement davantage.

« Je ne me suis pas posé la question, je lui ai dit "hop, j'y vais avec toi". Je joue le jeu, parce que je pense qu'il faut jouer le jeu pour la motiver aussi. Je lui impose et puis je me l'impose aussi, et voilà moi ça me paraît bien et je fais attention aussi. » (E2)

« J'essaie de le responsabiliser... Il doit dire à l'école « papa, maman et la dame (la diététicienne), ils ont dit "non on ne mange pas ça" ». [...] Et maintenant il le demande lui-même c'est-à-dire quand il rentre il demande un petit goûter léger. » (E4)

« S'il doit se débrouiller tout seul, non il ne le fera pas donc après c'est de savoir si moi je pourrais le mettre en pratique et lui proposer à lui... Parce que c'est lui qui doit perdre son petit bidon donc comme ça c'est lui qui décidera, il verra qu'il a quand même le pouvoir de changer lui-même. » (E5)

« Souvent, c'est même lui qui vient nous voir pour dire "Maman sur la feuille a marqué ça. Est-ce que si je prends ça c'est bon ?". » (E6)

« Mais depuis elle se prend plus en main, et euh c'est elle qui fait pour que ça aille mieux pour elle. Et depuis le temps qu'on lui dit, que c'est pour elle tout ça. » (E8)

« Dans la préparation du repas, ben elle participe, elle nous aide à choisir ce qu'on va manger. Et elle est plus vigilante aussi sur son assiette, c'est-à-dire qu'elle a appris à manger plus lentement parce qu'avant elle engloutissait un petit peu son repas et là elle prend le temps. Elle compose elle-même son goûter et autant avant elle pouvait réclamer des sucreries ou des choses, des gâteaux un peu industriels, autant là elle essaye d'être vigilante et maintenant elle met toujours un fruit ce qu'elle ne faisait pas auparavant. » (E9)

- En l'absence de résultats positifs sur la perte de poids, l'investissement était parfois diminué avec un risque de critique de la prise en charge et de remise en cause des efforts de l'enfant. Cette situation s'observait d'autant plus chez les pères où la prise de conscience pouvait être plus difficile.

« Bah... c'est à dire ... une perte de poids rapide ? Ça fait depuis euh... début octobre qu'elle a commencé. Elle a même la petite balance à côté et les premières semaines elle pesait chaque aliment ! Des fois elle se servait et disait : "ah bah non attend on va peut-être peser d'abord !", et elle s'aperçoit qu'elle doit enlever quatre grains de riz parce que c'était pas le poids qu'il fallait. Bon... je trouvais ça déjà... ridicule... de peser au 10g près l'aliment, et puis je ne vois pas de perte de poids là pour l'instant. La en un mois et demi si elle m'avait dit "tiens, j'ai perdu 500g ou presque 1kg", la, effectivement... On s'était peut-être trompé au départ et effectivement c'est peut-être la méthode... Pour moi je voulais qu'elle grandisse encore un an ou deux, pour voir si elle allait grandir, s'allonger un petit peu, s'affiner un petit peu... On sait très bien qu'avec l'âge, après il y a certaines qui sont un petit peu fortes mais euh... [soupir] Moi j'aurais attendu 3-4 ans encore. » (E3)

« On n'a pas encore de résultats mais on essaie de suivre ce qu'on a montré. » (E7)

- L'investissement de ces pères pouvait être contrebalancé par la contrainte de temps que nécessitait leur présence.

« C'est plutôt par rapport à mon métier, c'est compliqué pour venir. En principe, je travaille jusqu'à 15h mais pour les ateliers, il faut que je sois là à 14h. Donc il faut que je me libère au beau milieu du service pour venir. C'est juste ça, c'est juste au niveau des horaires. » (E6)

« Déjà que ça m'a pris du temps. Ce n'est pas facile de se libérer une demi-journée. » (E7)

« Je n'ai pu faire qu'un atelier, mais c'est malheureusement à cause d'un planning chargé. Mais on avait décidé dès le départ que, l'un et l'autre, on en ferait au moins un et que c'était important et pour nous et pour notre fille. » (E9)

Catégorie 4 : L'épanouissement

- Les pères prenaient plaisir à participer aux ateliers et à échanger avec leur enfant sur ce qu'ils ont vu lors de ces ateliers.

« On fait un petit briefing en sortant, je lui dis "tu vois ça, ça m'a plu", "ça je ne savais pas". Je fais un peu l'élève comme elle et en même temps ça fait du bien (rires). » (E2)

« Je pense que lui de son côté et puis du mien ça nous fait tous les deux plaisirs de... [participer aux ateliers] et on comprend tous les deux en même temps. On pourra en rediscuter dans la maison et c'est peut-être là qu'on aura un meilleur échange justement sur cet équilibre qui était prévu et éviter les grignotages. » (E5)

« Les soirées, ça lui fera plaisir de montrer, regarde, j'ai appris ça. » (E6)

- A la maison ils s'entraidaient pour appliquer ce qu'ils ont appris et partageaient davantage de temps ensemble.

« Maintenant quand je cuisine je lui explique un peu. Le sport c'est pareil, le côté activité physique, parfois on en fait ensemble. » (E2)

« Mais là plus l'accompagner, être avec lui quand on fait un dessert, être plus souvent avec lui. Moi ça me fait plaisir oui dès l'instant que je peux avoir 5 min avec lui. » (E5)

« C'est vrai, tout le monde essaie de boire moins sucré, de manger moins sucré. Tout le monde se met à manger des assiettes avec une viande, des féculents et des légumes. » (E6)

« On essaye surtout de tous s'adapter au même rythme qu'elle, parce que bon, on n'est pas forcément tous des modèles non plus. Et puis parce que l'air de rien, ça fait aussi du bien à tout le monde, qu'on le veuille ou non. Et ça favorise un peu l'équilibre de tout le monde hein, donc, ça lui sert à elle, mais ça sert aussi aux autres hein, évidemment. » (E9)

- Ils évoquaient le fait de faire ces changements pour eux-mêmes et de se sentir mieux.

« Eh bien moi je le vis bien, c'est vrai qu'en plus ça m'aide aussi, pour pouvoir faire la nourriture. Je cuisine davantage et ça ne me déplaît pas. [...] Chez moi, sur le côté perso, comme je l'assume aussi, je mange mieux. » (E2)

« Je me suis rendu compte que ça, c'est à dire avoir une bonne hygiène de vie et manger équilibré, c'est très bien même pour toute la famille même pour tout le monde, même pour moi. [...] Pour une meilleure vie, pour son bien et pour son épanouissement et tout ça moi, ça me fait plaisir. » (E4)

« Maintenant ça reste des efforts, on les faits pour lui, et quelque part un peu pour nous aussi parce que même si je ne le vois pas sur mon propre poids je me sens mieux. » (E7)

- Voir leur enfant impliqué et épanoui leur faisait également plaisir

« Je trouve qu'elle se sent bien, mieux, entre le début où on est arrivé et maintenant. Elle a grandi aussi, elle a mûri, et pour moi elle est bien, elle est épanouie... » (E2)

« Sa silhouette elle s'est allongée, elle a perdu du tour de taille donc je pense que ce que l'on fait c'est bénéfique et cela fonctionne. » (E2)

« Il commence à capter la chose et à vouloir demander plus de fruit, déjà il mange des fruits merci à Dieu parce qu'il mange des fruits je suis content. Moi ça me procure aussi de la joie de le voir épanoui. » (E4)

« Vu que je dois me l'imposer aussi, forcément on est un peu plus souple, je vous l'ai dit c'est lui qui fait des remarques parfois et ça fait vraiment plaisir de voir qu'il retient et qu'il joue le jeu aussi parfois. » (E7)

« J'apprécie hein. J'apprécie hein. J'espère qu'elle va continuer comme ça... Mais bon je sais qu'elle va le faire. » (E8)

- Les ateliers leur ont permis d'améliorer leur communication et d'amorcer un changement de posture. Ils passaient progressivement du père « policier » qui réprimandait au père « éducateur » qui accompagne leur enfant. Cela améliore les échanges avec leur enfant et même avec la conjointe pour l'un d'entre eux.

« On est dans une relation « qui s'apaise » avec la maman, on communique. » (E2)

« On a toujours été assez proches. Les relations ont toujours été bonnes mais là elles sont meilleures car on fait des choses ensemble, je fais la cuisine avec elle. » (E2)

« Comme ça quand je lui expliquerais un petit peu je dirais “tu as vu l'autre fois ce qu'ils nous ont dit, tu as compris maintenant ce qu'il faut faire”. Mais j'aurais pas besoin de l'engueuler quoi, ça va passer comme une lettre à la poste, je n'ai plus besoin de lui rabâcher beaucoup donc je pense que c'est ça le point positif entre nous deux. » (E5)

« C'est plus facile de dire “Bah non t'as pas le droit à ça, tu te rappelles ? Regarde la feuille. Il faut faire attention”. On ne l'interdit pas de faire ça. On lui dit, “fais attention, tu te rappelles que on a vu ça avec la diététicienne et docteur L ? Regarde sur la feuille tu as le droit à ça, tu n'as pas le droit à ça”. Souvent, c'est même lui qui vient nous voir “maman sur la feuille c'est marqué ça. Est-ce que si je prends ça c'est bon ?”. Donc ce n'est plus “l'engueulade après action”. Ça évite d'être euh... d'être on va dire le méchant qui est là derrière tout le temps à interdire [...] Je suis très content du fait de pas avoir à jouer au policier en fait, et plutôt d'être là comme un accompagnant. De l'accompagner dans son geste qu'il a fait, lui, pour essayer de ne plus prendre de poids. Plutôt que de devoir être là en tant que policier et dire “arrête de manger ça parce que tu vas prendre du poids”. » (E6)

- Cette évolution dans leur communication et dans leur posture leur permettait également de partager leur expérience et leur savoir en dehors du cercle familial.

« Vous voyez par exemple de mon côté j'ai mon frère qui a entrepris de voir une diététicienne et moi quand je lui en ai parlé, il s'est dit, “moi aussi je vais aller ... ” Donc il s'est mis à voir un coach sportif. » (E2)

« J'essaye d'en parler moi aussi je fais profiter les gens qui sont autour de moi avec leurs enfants et tout ça. Même, j'en parle à des gens et tout ça mes voisins et tout ça qui sont aussi sensibilisés, peut-être qu'ils viendront. Il faut que les gens viennent ici pour pouvoir enfin diminuer ce fléau, parce que moi je pense que l'obésité c'est un fléau ici en France. » (E4)

Catégorie 5 : Maintenir les changements !

- Une fois les changements mis en place, la difficulté majeure concernait leur maintien. Le premier obstacle évoqué par les pères était le manque de temps, notamment pour l'organisation des repas et des activités physiques. A contrario, certains pères déclaraient ne pas prendre davantage de temps car ils s'organisaient mieux.

« Les contraintes de temps et de travail ne laisse pas beaucoup de marge. » (E4)

« Alors, ce qui est compliqué, c'est que je suis très peu à la maison au moment des repas. Je suis cuisinier. Donc forcément, moi je suis là, je travaille six jours sur sept. Quatre-vingt à quatre-vingt-dix heures par semaine. » (E6)

« Bon bah c'est vrai qu'après une journée de travail on a des emplois du temps assez lourds l'un et l'autre. Ben parfois c'est vrai qu'on va plutôt vers la facilité pour le repas du soir. » (E9)

« Les weekends on fait une liste des repas qu'on essaie d'équilibrer, comme ça on les connaît à l'avance. Du coup, on y gagne aussi en qualité et puis en tranquillité pour nous puisqu'on sait que tel soir on va manger ça. Et on sait qu'il n'y aura pas trop de préparation parce que soit on peut préparer la veille, soit on l'anticipe un petit peu. En tout cas on se retrouve plus le soir à dire « bon qu'est-ce qu'on fait ? » Et puis improviser, puis parfois mal improviser... » (E9)

- Malgré cette contrainte, les pères appréciaient être encadrés et suivis régulièrement afin de maintenir les changements mis en place pour leur enfant et pour eux. Ils appréciaient également les objectifs de suivi personnalisés ainsi que les documents donnés par les différents intervenants : fiche activité physique, fiche repas (Annexe 8).

« De venir régulièrement toutes les semaines, on va dire que dans les premières années, on s'est vu 3 fois dans l'année. Pour moi ce n'était pas assez. Autant là, trois fois de suite ça fait peut-être beaucoup et je ne pourrais pas le faire tout le temps, mais je sais que c'est... et je trouve que le côté où ça revient souvent, c'est bien, c'est moins décousu. » (E2)

« La preuve je suis là c'est bien, j'hésiterais pas à revenir plus régulièrement » (E4)

« Le tableau qu'ils ont fait au niveau des produits là. Tout ce qui est sucré, salé et qu'ils nous donnent, je trouve ça pas mal. Ça permet aux gamins ou aux adultes peut-être aussi de manger plus équilibré et de manger de tout. Et surtout ça permet de suivre ça à la maison ! Parce que c'est pas facile de tout maintenir ! » (E8)

« D'ailleurs c'est ce qui est bien dans cet atelier, c'est qu'à la fin on marque toujours un ou deux engagements à tenir ; et il y en avait un qui était de dire 'je mange mon repas au moins en vingt minutes' et du coup elle s'y astreint. C'est bien parce que ça donne un petit challenge. Ma fille, pour elle, c'est intéressant parce qu'elle dit « voilà, j'ai 2 objectifs à remplir, faut qu'on y aille ». Et du coup il y a un objectif qui lui appartient et un objectif plus familial on va dire, qui permet aussi d'impliquer la famille dans la démarche. A la fin de chaque intervention, il y a aussi des distributions de documents qui permettent de les reprendre tranquillement à la maison, de voir ce qu'on peut adapter, ce qu'on peut faire directement. » (E9)

- Le deuxième obstacle concernait les efforts réalisés ou non par la famille. Il semble qu'une entraide familiale rende les efforts plus facile à accepter et à l'inverse si tout le monde ne s'y met pas, la prise en charge est moins bien vécue.

« On s'entraide pour l'alimentation, on s'entraide en disant "non on s'est servi une fois stop" et ça la première semaine c'est dur. Après comme on dit on s'habitue petit à petit... » (E1)

« Quand on veut se faire un petit apéro, on sort les cacahuètes, on sort les trucs... Et la gamine, elle est bien, elle n'en prend pas des grandes quantités, mais elle en prend quand même un petit peu... C'est un peu gênant d'être dans un environnement où les garçons ne se privent de rien. Mais voilà c'est... la petite, elle est au milieu de ça.... Alors Maman fait attention, on essaye de voilà, de ... Les frangins lui rabâchent « attention, tu fais des efforts, tu fais des efforts », alors qu'eux ils se servent à nouveau en pâtes... C'est compliqué pour elle. [...] Ah oui c'est une contrainte...Oui parce qu'il faut se rappeler tout le temps "Attend on ne sort pas les cacahuètes, c'est pas la peine... Pour qu'elle, elle n'en prenne que 3 et nous on va en prendre 15". C'est... Ça fait un peu mal au cœur parce qu'elle va faire la tête... ça met une mauvaise ambiance... Il y a des petites accroches... même avec les grands frères. S'ils disent quelque chose d'un peu déplacé, elle va partir... » (E3)

« On fait tous les deux l'effort et puis comme ça tous les deux on va faire les choses pareilles, et c'est plus facile comme ça ! » (E5)

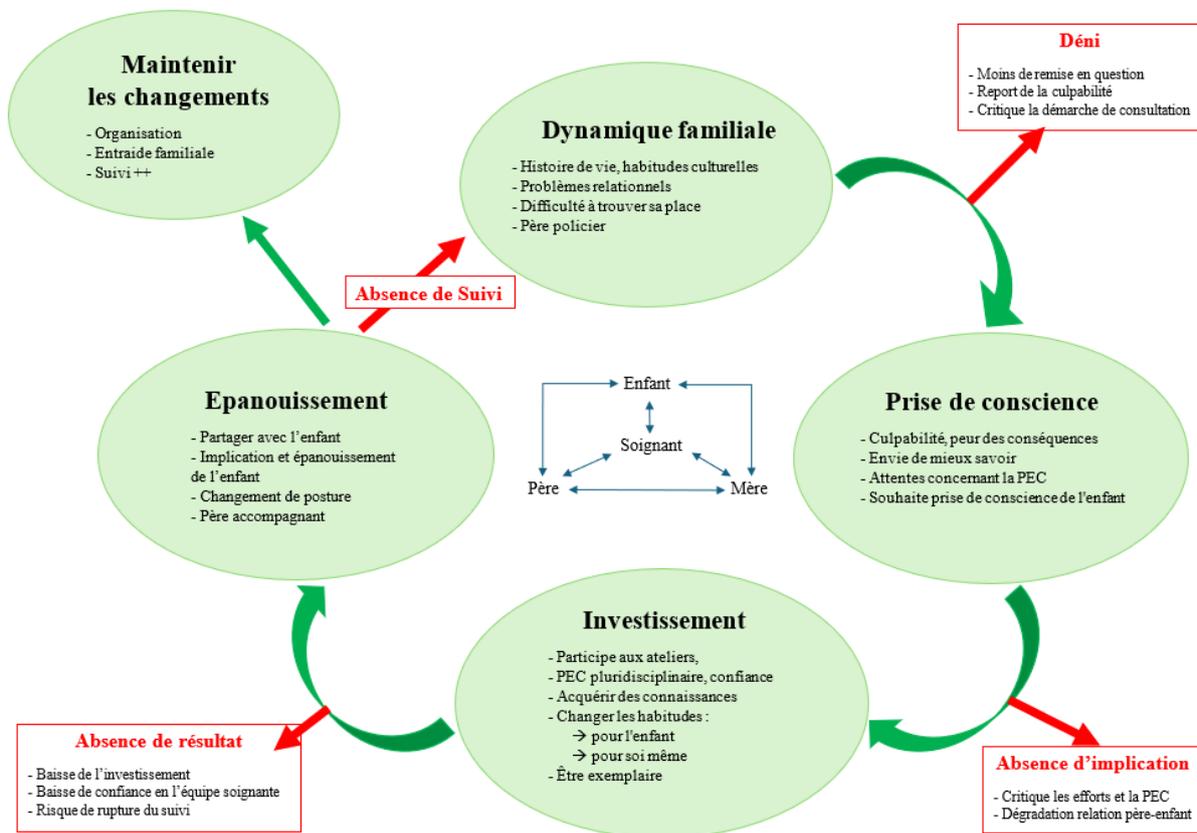
« Bah on n'a pas tout interdit à toutes les filles parce que par exemple la 2e, justement qui est un peu trop fine par rapport à lui et qu'on a eu du beaucoup de mal à la faire manger. Forcément, il n'y a pas les mêmes interdictions pour elle que pour les autres et ça c'est pas évident pour elle. » (E6)

« Ce sont de nouvelles habitudes à prendre donc c'est un peu dur au début. Et puis après on s'y fait, puis on se rend compte que c'est pas si contraignant. Mais on essaie de pas en faire un sujet permanent non plus et plutôt faire rentrer ça dans nos habitudes. C'est juste changer les habitudes d'une forme de routine et puis d'en installer une nouvelle en fait. » (E9)

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des pères dont les enfants, en situation d'obésité, sont pris en charge dans l'unité pédiatrique du centre hospitalier de Châteauroux.

Les différentes catégories citées dans l'analyse axiale peuvent être mises en corrélation selon le schéma ci-dessous. Il permet de suivre l'évolution du vécu des pères tout au long de leur parcours.



Résultat principal

La première catégorie décrite est celle de la dynamique familiale. Initialement, les pères n'avaient pas toujours pris conscience du surpoids de leur enfant. Les habitudes culturelles pouvaient être perçues comme une justification de ce manque de prise de conscience. En effet, au sein de la dynamique familiale, les pères ont tous mis en avant le fait de se sentir en retrait par rapport à leur conjointe concernant la santé de l'enfant. Ils justifient cela par manque de temps, par peur de se tromper ou encore parce qu'il en a toujours été ainsi. De ce fait, ils n'arrivent pas à trouver leur place au sein de la famille et ont souvent un rôle de « policier » qui est là pour interdire, hausser le ton ou encore être autoritaire lorsque la solution douce de la mère n'a pas suffi. Cela engendre des difficultés communicationnelles, relationnelles et éducatives avec leur enfant. Il en résulte donc une prise de conscience tardive et une difficulté à changer les « mauvaises habitudes ».

Cette prise de conscience est la première étape de la prise en charge. Avant les ateliers d'éducation thérapeutique, elle peut venir de l'enfant lui-même, de la mère et plus rarement du père. Elle est souvent facilitée par le suivi du surpoids lors des consultations de médecine générale. Elle s'accompagne d'une peur des conséquences de l'obésité et d'une certaine culpabilité de ne pas s'en être aperçu plus tôt. Une fois les ateliers débutés, la prise de conscience est souvent renforcée aussi bien pour le père que pour l'enfant permettant ainsi de limiter les conflits. Concernant les pères, il semble que le fait d'être présents pour leur enfant puisse les faire réfléchir sur eux-mêmes et ainsi provoquer une envie de changement de leurs mauvaises habitudes pour leur propre santé.

A ce stade, les entretiens ont permis de mettre en évidence une première « zone rouge », pouvant correspondre à un risque de rupture de la prise en charge. En effet lors des entretiens avec les pères n'ayant pas encore totalement pris conscience de la situation, il en ressortait alors un déni concernant la nécessité d'une prise en charge immédiate. Sans acceptation, la remise en question est alors diminuée avec un report de la culpabilité vers la conjointe ou l'enfant.

A l'inverse, lorsque les pères avaient bien pris conscience de la situation, les ateliers suscitaient beaucoup d'attentes. Elles concernaient principalement l'acquisition de connaissances et l'investissement de l'enfant.

L'éducation thérapeutique permet aux pères d'acquérir des connaissances et de s'investir davantage dans la prise en charge de leur enfant. Ils sont sensibles à l'approche empathique, pédagogique et pluridisciplinaire des ateliers en insistant sur l'importance de la relation de confiance avec les différents professionnels de santé. En effet, le soignant est au centre de la triangulation enfant, père et mère. Son intervention permet la compréhension de la nécessité d'une prise en charge ainsi que l'acquisition des connaissances. Il fait également le lien entre enfant et parents pour atténuer les difficultés de communication et conduire également l'enfant vers l'acceptation de la prise en charge. Les pères évoquent l'importance d'être rassurés sur le fait de ne pas « tout mal faire » et apprécient de pouvoir rompre avec l'isolement en participant aux ateliers avec d'autres parents. Ils ont ensuite plus de facilité à amorcer des changements dans leur vie quotidienne, tant sur le plan alimentaire qu'au niveau de l'activité physique. Ils appliquent ces changements pour leur enfant mais également pour eux-mêmes car ils ressentent l'envie d'être exemplaire afin d'être une source de motivation pour leur enfant. En retour, l'enfant s'investit effectivement davantage.

Sans implication du père, la situation est susceptible de s'aggraver avec un risque de dégradation de la relation enfant-parents. Une mauvaise dynamique familiale peut dès lors s'installer rendant ainsi les contraintes plus difficiles à accepter et les changements moins faciles à mettre en place. Cela est représenté par la deuxième « zone rouge » sur le schéma.

Les pères prennent plaisir à participer aux ateliers et à échanger avec leur enfant sur ce qu'ils ont vu lors des différentes séances. A la maison ils s'entraident pour appliquer ce qu'ils ont appris et partagent davantage de temps ensemble que ce soit pour la préparation des repas ou encore lors des activités physiques. Ils apprécient voir l'implication de leurs enfants au quotidien, implication qui augmente au fur et à mesure des séances. Parfois, ce sont les enfants eux-mêmes qui viennent leur demander s'ils sont en accord avec les conseils reçus et donc ils n'ont plus besoin de les réprimander. Ce changement de posture est un des résultats majeurs de cette étude avec un passage du père « policier » qui réprimandait vers le père « éducateur » qui accompagne son enfant dans la démarche de soin. Cet enrichissement de leur communication va renforcer le lien père-enfant et parfois même améliorer les échanges avec la mère. Leur place étant trouvée, ils ont plus d'assurance et prennent ainsi plaisir à s'investir dans la santé de leur enfant. L'enfant est alors plus épanoui et ce d'autant plus si les résultats sur le poids sont visibles. De plus, les pères n'hésitent pas à diffuser leur savoir nouvellement acquis pour aider leurs proches.

L'absence de résultats positifs sur le poids de l'enfant peut être un frein à l'épanouissement. Il en résulte alors un risque de baisse de confiance envers la prise en charge et l'équipe soignante ainsi qu'une diminution de l'investissement de l'enfant comme du père. Pour éviter cela, il est nécessaire d'aborder cet aspect lors des ateliers pour que les pères et les enfants comprennent mieux quels sont les résultats attendus. En effet, ils peuvent parfois être déçus par l'absence de perte de poids, ne prenant pas en compte le fait que l'enfant grandit et que sa silhouette s'affine. Il faut également insister sur l'importance primordiale du maintien durable de ces changements pour éviter de recréer la situation initiale. Cette notion a donné lieu à une dernière catégorie : le maintien des changements.

Une fois les changements mis en place, le premier obstacle évoqué par les pères était le manque de temps, notamment pour l'organisation des repas et des activités physiques. Malgré cette contrainte, les pères apprécient être encadrés et suivis régulièrement afin de maintenir les changements mis en place pour leur enfants et pour eux. Cela permettait même à certains pères d'améliorer leur organisation pour la gestion des repas. Le rythme d'un atelier par semaine pendant le premier mois leur semble adapté puis des rappels à quelques semaines d'intervalle sont également appréciés.

Le deuxième obstacle concerne les efforts réalisés ou non par la famille. Initialement les changements peuvent être vécus comme une contrainte mais il semble qu'une entraide familiale rende les efforts plus faciles à accepter. Le suivi permet notamment de verbaliser les contraintes et ainsi de trouver des solutions pour les contourner. Le relais du médecin généraliste prend d'ailleurs ici tout son sens.

Comparaison à la littérature

Plusieurs études ont montré que les habitudes de vie des parents jouent un rôle majeur dans le surpoids de l'enfant ⁽²³⁻²⁵⁾. En France, un article sur l'influence des parents sur l'obésité pédiatrique met en lien la générosité parentale et le comportement permissif avec un risque accru de surpoids chez l'enfant ⁽²⁶⁾. A l'étranger, on retrouve des données similaires comme dans l'étude canadienne d'A. Hamann qui constate que les habitudes de vie des parents concernant l'alimentation et l'activité physique ont une influence sur le comportement de l'enfant ⁽²⁷⁾. Toujours à l'étranger, une étude américaine suggère qu'il existe un lien entre le surpoids des parents et celui de l'enfant ⁽²⁸⁾.

D'autres recherches suggèrent que les difficultés relationnelles et communicationnelles entre parents et enfants sont prédictives d'obésité infantile ⁽²⁹⁾, ou encore que la qualité de l'environnement familial apparaît comme un facteur important dans le développement de l'obésité infantile comme dans cette étude de l'American Academy of Pediatrics ⁽³⁰⁾.

Notre étude confirme le fait que l'amélioration de la dynamique familiale est un élément primordial de la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Concernant la prise de conscience des parents, elle a été étudiée de nombreuses fois et on retrouve régulièrement dans la littérature une prise de conscience tardive voire absente ^(16,24,25,31). Elles révèlent également une importante sous-estimation du poids de l'enfant par les parents ^(32,33). Cette sous-estimation est un frein à la prise de conscience et donc à l'entrée dans la prise en charge d'où l'importance de la relation médecin-enfant-parent pour échanger sur leurs représentations de l'obésité et ainsi faciliter l'entrée dans la prise en charge ⁽³⁴⁾.

Tout comme notre étude, d'autres insistent sur la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire intégrant entre autres des conseils sur l'alimentation, l'activité physique et un soutien psychologique pour une prise en charge globale ^(20,35). C'est également ce que l'on retrouve dans les recommandations de la HAS du « Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e) » ⁽³⁶⁾.

Malgré la prise de conscience, les parents rencontrent parfois des difficultés pour modifier leurs habitudes ⁽³⁷⁾. Les raisons évoquées sont le manque de connaissances nutritionnelles, comme le montre une étude française sur « l'état des lieux des connaissances parentales sur l'obésité infantile dans le Nord-Pas-de-Calais » ⁽³⁸⁾ ou encore le manque d'information concernant les prises en charge possibles ⁽³⁵⁾.

Le recours aux ateliers d'éducation thérapeutique peut être proposé dès qu'une situation de surpoids ou d'obésité infantile est repérée selon la HAS ⁽³⁶⁾. Les parents ayant pris conscience de la situation sont demandeurs de prise en charge comme l'a montré l'étude de M. Houllier qui s'intéresse au « vécu et attentes des parents concernant la prise en charge par leur médecin généraliste » ⁽³⁵⁾. Cette notion, que l'on retrouve dans notre travail, est également présente dans la thèse d'A. Payet qui s'est intéressée aux « freins et moteurs à la participation aux ateliers proposés aux parents des enfants en surpoids/obésité suivis par le réseau pédiatrique sur l'île de la Réunion » ⁽³⁹⁾.

Concernant l'investissement des parents dans la prise en charge de leur enfant, elle est reconnue comme indispensable compte tenu de l'importance de leur rôle et de leur omniprésence dans la vie de l'enfant. Elle fait d'ailleurs intégrante des spécificités de l'éducation thérapeutique en pédiatrie ⁽⁴⁰⁾. Une étude sur le vécu du programme d'éducation thérapeutique de l'obésité de l'enfant de l'hôpital de Draguignan évoque l'importance du rôle des parents décrit par les enfants. Ils sont sources de motivation et de soutien pour leur enfant que ce soit pour l'alimentation, les activités physiques, et le suivi des bonnes recommandations acquises en ateliers ⁽⁴¹⁾. A l'inverse, l'absence d'investissement des parents peut être préjudiciable dans la poursuite des efforts de l'enfant contre le surpoids ⁽⁴²⁾. La contrainte de temps est la cause la plus fréquemment retrouvée dans la littérature ce qui nécessite d'adapter la fréquence, la durée et de bien choisir le jour de la semaine pour réaliser des ateliers adaptés aux contraintes des enfants et des parents ^(16,35,39,41).

Tout comme notre étude, celle de M. Lebleu retrouve la notion de plaisir et d'épanouissement des parents, même si un seul père avait participé aux entretiens ⁽¹⁶⁾. Elle décrit un enrichissement des relations parents-enfant que nous avons également pu mettre en évidence. Dans l'étude d'A. Payet, on retrouve un changement de comportement et de ressenti de l'enfant suite à l'investissement de ses parents, avec une plus grande motivation à se rendre aux activités physiques, un bien-être psychologique et une meilleure forme physique. Du côté des parents cela a permis d'alléger leur charge mentale et le poids de leur rôle ⁽³⁹⁾. Ces notions sont en adéquation avec ce que nous avons fait ressortir de nos entretiens.

L'étude de l'American Academy of Pediatrics précédemment citée rapporte que la santé et le bien-être des enfants sont inextricablement liés à la santé et le bien-être de leurs parents ⁽³⁰⁾. Il n'est donc pas étonnant que nous ayons nous aussi pu faire le lien nous aussi entre épanouissement des pères et épanouissements de leur enfants.

Plus généralement, le vécu des enfants ⁽⁴¹⁾ ou des parents ⁽¹⁶⁾ lors de ces programmes d'éducation thérapeutique est très positif aussi bien dans la littérature que dans notre étude.

Pour éviter d'enrayer cette dynamique positive, il est nécessaire d'aborder les objectifs attendus et en particulier ceux concernant la perte de poids. En effet, le programme n'aura pas pour but de faire maigrir mais de mettre en place et de maintenir les changements dont les enfants et les parents ont besoin pour améliorer leur santé. Comme dans ce travail, cette absence de perte de poids peut être considérée comme un échec par les enfants et leurs parents. La prise en compte de leurs attentes permet d'éviter une rupture de la prise en charge ^(41,43).

Concernant le suivi, toutes les études précédemment citées insistent sur l'importance du suivi au long cours afin de maintenir les changements et ainsi pérenniser les résultats obtenus. Notre étude a montré que les parents étaient demandeurs d'un suivi initialement rapproché puis de rappels réguliers à distance, même s'ils rencontraient parfois des difficultés pour suivre le planning. Cette ambivalence est présente aussi bien dans la thèse d'A. Payet que dans celle de M. Houllier. L'augmentation de la fréquence des ateliers faisait partie des attentes des parents dans la thèse d'A. Bazantay ⁽⁴⁴⁾ réalisée sur la prise en charge d'adolescents à Tours. Ce suivi au long cours est indispensable au maintien durable des changements ⁽⁴⁵⁾ et doit intégrer tous les acteurs de la prise en charge dont le médecin généraliste qui va prendre le relais des ateliers. La bonne communication ville-hôpital est cruciale pour faciliter la continuité des soins comme l'explique l'étude de C. Nouboug Mepo ⁽⁴³⁾. Son travail présente des similitudes avec le nôtre par la notion que la motivation de l'enfant et des parents est la pierre angulaire nécessaire à une prise en charge de qualité. Dans cette étude observationnelle « Que deviennent 10 ans après, les enfants suivis pour surpoids et obésité ? », 77% des enfants avaient un indicateur d'efficacité de la prise en charge précoce favorable, et ce d'autant plus que la durée du suivi médical avait été prolongée ⁽⁴⁶⁾.

Enfin, des études se sont aussi intéressées au vécu des parents à la suite d'un programme d'éducation thérapeutique d'autres pathologies chroniques pédiatriques. Il a ainsi été démontré, dans le cas d'un programme destiné à des parents d'enfants avec un trouble du spectre autistique, que leur participation a permis d'améliorer leur qualité de vie et leur épanouissement ⁽⁴⁷⁾. Ces résultats montrent la nécessité de s'intéresser à la dynamique familiale dans toute situation de pathologie chronique pédiatrique et de manière plus générale d'aider les parents à s'investir dans la santé de leur enfant.

Forces et limites

Seulement neuf participants ont pris part à cette étude. Néanmoins il a été possible de constituer un échantillon varié pour tous les critères de variations prévus.

La population d'intérêt ne représentait que les pères qui ont été présents lors des ateliers. Il aurait pu être intéressant de questionner des pères d'enfant obèse n'ayant pas ou pas encore participé aux ateliers. Cependant, les entretiens ont tout de même permis de mettre en évidence des situations à risque de rupture de la prise en charge.

Il s'agissait d'une première expérience en recherche mais la rigueur dans la réalisation des entretiens a été acquise au fur et à mesure de ces derniers et une triangulation des données a été effectuée, arbitrée par un troisième chercheur plus expérimenté.

Malgré ces limites, cette étude est à notre connaissance une des rares à s'être intéressée principalement aux ressentis des pères dans cette situation.

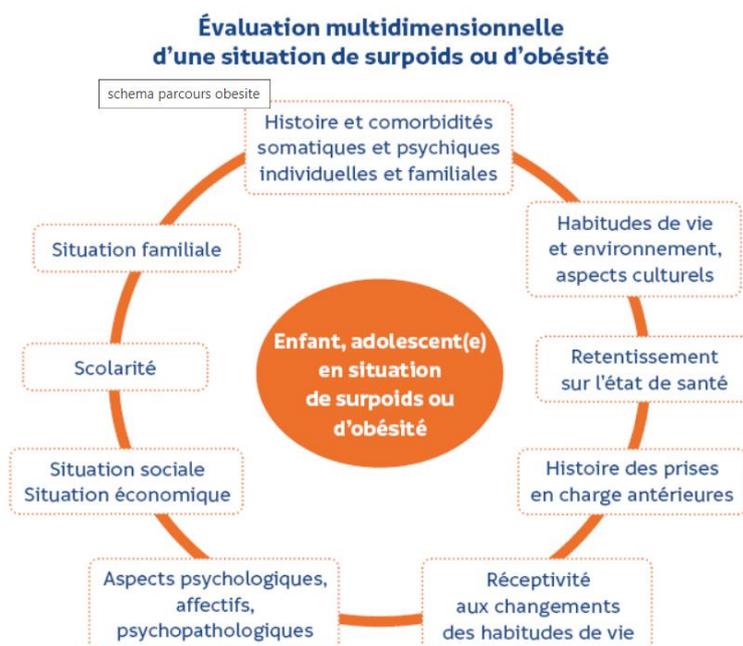
Perspectives pour la pratique

Les recommandations actuelles sont décrites dans le guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent de la HAS ⁽⁴⁸⁾. Elles ont été actualisées en février 2023 et proposent 4 grands axes (*Annexe 9*).

Tout d'abord le dépistage par la mesure régulière de l'IMC et l'analyse de sa dynamique sur les courbes de croissances. Cette étape implique en premier lieu le médecin généraliste, comme cela a souvent été le cas dans notre étude, mais également d'autres professionnels de santé comme la médecine scolaire.

Lors du repérage d'une situation de surpoids ou d'obésité, il faut explorer la situation en s'appuyant sur une évaluation multidimensionnelle pour mettre en place une prise en charge adaptée à chaque situation. Cette évaluation nécessite déjà l'intervention de plusieurs professionnels de santé. La coordination des soins et des différents professionnels de santé peut se faire par un médecin référent qui suit l'enfant et qui a connaissance de son réseau de proximité (niveau 1) ou par une structure spécialisée (niveau 2 et 3) comme c'est le cas dans notre étude. Il serait intéressant de réaliser une étude sur les différents recours au réseau d'obésité pédiatrique de proximité utilisés par les médecins généralistes de la région.

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e) ⁽⁴⁸⁾



L'accompagnement d'une situation de surpoids ou d'obésité infantile, qu'elle soit complexe ou non, nécessite donc une prise en charge pluridisciplinaire et un programme d'éducation thérapeutique. Il nous paraît indispensable de développer cette activité d'une part car les parents sont demandeurs et d'autre part car le vécu est très positif pour l'enfant comme pour les parents.

Une fois cette prise en charge débutée, il nous paraît nécessaire de repérer et prévenir les situations à risque de rupture évoquées lors de cette étude.

L'intégration systématique des parents, et donc des pères, aux programmes d'éducation thérapeutique pourrait permettre de diminuer la fréquence du déni et de développer l'implication familiale globale dans la santé de l'enfant. Cela peut limiter les difficultés d'application rencontrées par les enfants à la maison et permettre ainsi un maintien durable des changements dans les habitudes de vie. Dans cette optique, la notion d'épanouissement familial est une dimension importante puisqu'elle semble permettre de mieux résister aux contraintes. Il est donc nécessaire d'intégrer les représentations et les objectifs des enfants mais également des parents afin que chacun trouve sa place au sein de la dynamique familiale.

Une autre étude pourrait aussi s'intéresser aux ressentis des enfants dans ce type de prise en charge mais en se centrant sur les relations parents-enfants. On pourrait aussi imaginer une étude sur l'évolution de cette dynamique familiale dans d'autres pathologies chroniques pédiatriques.

Pour minimiser le risque de baisse de l'investissement, les ateliers doivent aborder la question des résultats attendus et notamment ceux concernant le poids de l'enfant pour faire comprendre que la perte de poids, hors situations de complications majeures, n'est pas un objectif prioritaire à court terme. On peut évoquer la notion de silhouette qui va s'affiner même si le poids ne diminue pas puisque l'enfant va grandir.

Enfin, on pourrait envisager un suivi conjoint à la suite de la prise en charge initiale impliquant des consultations spécialisées qui s'espacent de plus en plus, au profit des consultations avec le médecin généraliste. L'objectif serait de dépister au mieux les situations à risque de retour aux mauvaises habitudes. Dans cette optique, il est primordial d'assurer une bonne communication avec le médecin traitant de l'enfant, ce qui n'est pas toujours évident comme le montre l'étude du C. Nouboug Mepo qui a mis en évidence la nécessité d'un renforcement du réseau de soins ville-hôpital dans le département de l'Indre ⁽⁴³⁾.

CONCLUSION

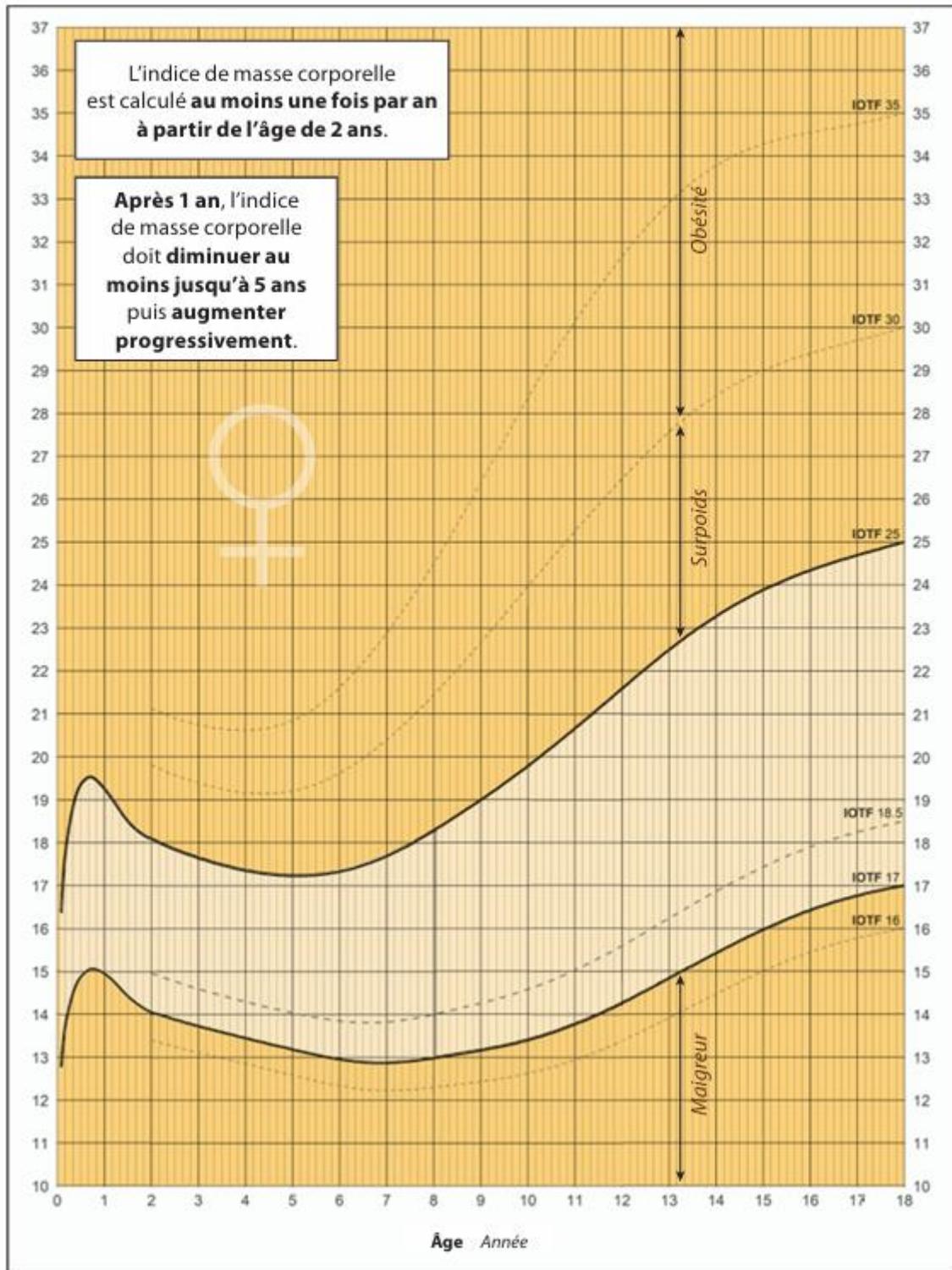
L'investissement des pères dans ce parcours d'éducation thérapeutique a contribué à renforcer les liens père-enfant tout en leur permettant de trouver leur place, tant dans la prise en charge de leur enfant que dans une dynamique familiale améliorée.

Pour autant, des situations à risque de rupture de la prise en charge existent et nécessitent d'être anticipées pour ne pas mettre en échec l'ensemble de ce processus.

ANNEXES

Annexe 1 : Courbes de corpulence des deux sexes de 1 mois à 18 ans

INDICE DE MASSE CORPORELLE DES FILLES DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)

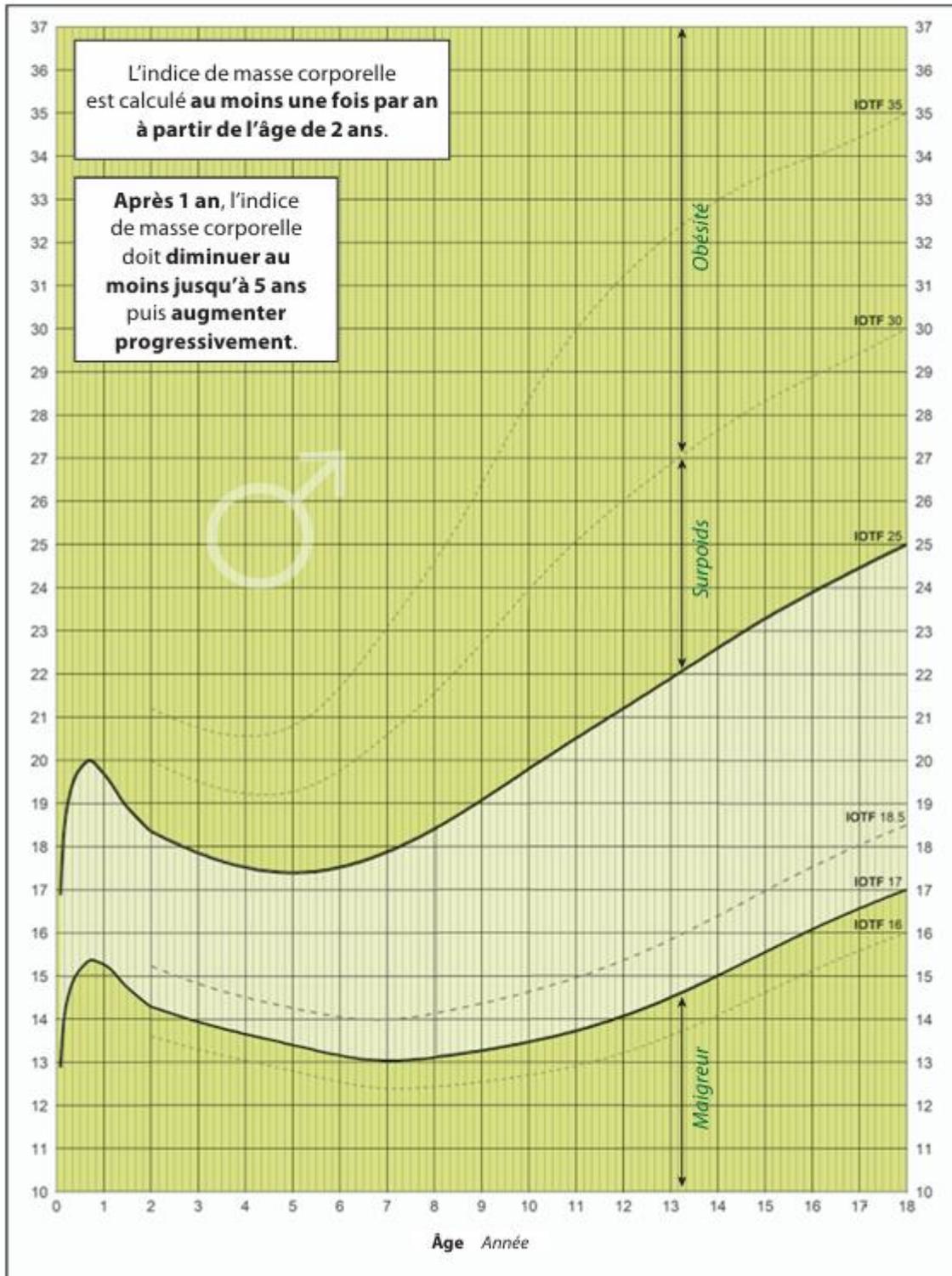


Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

INDICE DE MASSE CORPORELLE DES GARÇONS

DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)



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

Avant 2 ans : courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

Annexe 2 : Exploration des a priori des chercheurs par la méthode de 7 questions

1- Quelle est ma question initiale ?

Quelle est le vécu des pères d'enfants en situations d'obésité lors de la prise en charge de leur enfant ? Que peut-on faire pour qu'il adhère au mieux à la prise en charge ?

2- Comment en suis-je venu à me poser cette question ?

Ce questionnement est en lien avec plusieurs choses. Dans mon expérience personnelle, j'ai rencontré beaucoup d'absentéisme des pères lors des consultations concernant leur enfants. En discutant avec mes confrères, ils ont exprimé la même constatation sans pour autant trouver de raison évidente et universelle à cela. Après avoir discuté, avec ma directrice de thèse du vaste sujet de l'éducation thérapeutique, notamment dans l'obésité infantile, je me suis tourné vers l'éducation thérapeutique des parents pour mon questionnement. En ayant toujours en tête que l'absentéisme des pères pouvait être un frein à la bonne prise en charge de leur enfant, je me suis plus spécifiquement intéressé au vécu des pères d'enfants en situation d'obésité dont les enfants sont pris en charge dans une unité spécialisé.

3- Si j'étais moi-même interrogé, quelle serait ma réponse ?

J'attendrais une prise en charge globale tant sur l'aspect humain que médical. Le suivi régulier serait une demande de ma part pour m'assurer de ne pas faire d'erreur à la maison.

4- Pourquoi suis-je convaincu que cette questions est pertinente ?

Je pense qu'en explorant le vécu des pères impliqués dans la prise en charge de leur enfant, on pourra améliorer leur expérience mais aussi celle de leurs enfants. Mieux comprendre ce qui leur pose problème pour ensuite adapter la prise en charge afin qu'il soit investi et acteur de la santé de leur afin, condition indispensable pour obtenir de meilleurs résultats tant à court terme qu'à moyen et long terme.

5- Quelle réponse est-ce que j'attends des participants ?

Qu'ils souhaitent un suivi régulier et complet (alimentation, activité physique, ...).

Que le manque de temps pourrait être une des causes expliquant l'absentéisme.

Qu'ils ressentent du plaisir à (ré)apprendre et à partager avec leur enfant

6- Quelle réponse est-ce que je n'attends pas des participants ?

Qu'ils regrettent d'être venu lors des ateliers, qu'ils n'aient pas appris de choses

Qu'ils n'appliquent pas les conseils à la maison

Qu'ils souhaitent davantage de séance

7- Quelle est ma question finale ?

Explorer le vécu des pères d'enfants en situation d'obésité pris en charge dans l'unité pédiatrique du CH de Châteauroux.

Annexe 3 : Guide d'entretien, version finale

Bonjour,

Pour commencer, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Jeremy BREUNVAL, je suis interne en médecine généraliste et je réalise ce travail dans le cadre de ma thèse sur « Le vécu des pères d'enfant en situation d'obésité suivis dans l'unité pédiatrique du Centre Hospitalier de Châteauroux. ».

Le but est de connaître votre vécu personnel concernant la prise en charge de votre enfant dans le service. Les données recueillies seront retranscrites à l'écrit puis elles seront désidentifiées et les fichiers audio seront détruits. Pour ce faire j'aurais besoin d'enregistrer notre conversation si vous n'y êtes pas opposé ?

- 1) Dans un premier temps pourriez-vous me présenter votre enfant ?
- 2) Comment vous êtes-vous rendu compte de son surpoids ?
- 3) Pourriez-vous me raconter comment vous avez été amené à faire ces ateliers dans le service ?
- 4) Quelles étaient vos attentes à ce moment-là ?
- 5) Comment vivez-vous ce parcours de soins au sein du service ?
- 6) Quels sont les points positifs de cette prise en charge de votre point de vue ?
- 7) Quels sont les points négatifs ?
- 8) Qu'est-ce qui a changé dans votre quotidien depuis le début de ce parcours ?
- 9) Que ressentez-vous concernant ces changements ?
- 10) Quel est votre rôle/votre place dans la prise en charge ?
- 11) Sur une étude précédemment menée similaire à la mienne, seuls les mamans étaient présentes dans la prise en charge de leur enfants. Quelles peuvent-en être les raisons selon vous ?
- 12) Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

Annexe 4 : Questionnaire socio-épidémiologique

AGE ET NATIONALITE DE L'ENFANT :

NIVEAU SCOLAIRE ACTUEL DE L'ENFANT :

DATE DU DEBUT DE SUIVI DANS LE SERVICE :

AGE ET NATIONALITE DU PERE / DE LA MERE :

NOMBRE D'ENTRETIENS REALISE(S) :

SITUATION CONJUGALE :

Marié(e)

Concubin(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Séparé(e)

Célibataire

Autre (précisez) :

NOMBRE D'ENFANTS ET ÂGES :

LIEU DE RESIDENCE :

CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU PERE / DE LA MERE :

Sans activité professionnelle

Ouvrier

Employé

Artisan – commerçant – chef d'entreprise

Agriculteur

Profession intermédiaire – cadre moyen

Cadre supérieur - profession libérale

Retraité

Autre (précisez) :

NIVEAU D'EDUCATION DU PERE / DE LA MERE :

Certificat d'études primaires - aucun diplôme

Brevet des collèges – BEPC

CAP – BEP – diplôme du même niveau

Baccalauréat général, techno, pro ou équivalent

Diplôme de premier cycle universitaire : BTS, DUT ou équivalent BAC +2, Licence

Diplôme du 2ème cycle universitaire : Master

Diplôme du 3ème cycle universitaire : doctorat, grande école, ingénieur

Annexe 5 : Caractéristiques socio-démographiques des participants (Tableau 1)

Tableau 1	Age enfant	Niveau scolaire enfant	Suivi depuis	Age père	Niveau d'éducation du père	CSP du père	Situation conjugale	Nombre d'enfant à charge	Age mère	Niveau d'éducation mère	CSP mère
	11	itep	1 semaine	37	IME	Sans activité professionnelle	Séparé	1	30	CAP-BEP	Sans activité professionnelle
	13	collège	2-3 ans	41	CAO	artisan	Séparé	2	38	Aucun diplôme	Sans activité professionnelle
	8	CM1	1 an	50	Licence	Enseignant	Concubinage	4	47	Licence	Enseignante
	4	maternelle	6 mois	58	BTS	Technicien	Marié	5	48	CAP-BEP	Agent d'entretien
	10	CM2	3-4 mois	40	BEPC	Ouvrier	Séparé	3	40	BEPC	Employé
	8	CE2	1-2 ans	25	CAP	Cuisinier	Marié	4	27	CAP	Cuisinière
	6	CP	5 mois	35	Licence	Cadre	Marié	1	34	Licence	Enseignante
	16	Seconde	1 mois	56	BEPC	Chauffeur	Séparé	2	54	CAP-BEP	Agent d'entretien
	8	CE2	2-3 mois	50	Licence	Cadre	Marié	3	50	Licence	Educatrice

Annexe 6 : Feuille de consentement

Monsieur,

Je vous sollicite dans le cadre de ma thèse de médecine générale pour participer à un travail de recherche sur « Le vécu des pères d'enfant en situation d'obésité suivis dans l'unité pédiatrique du Centre Hospitalier de Châteauroux. »

Dans les études précédemment réalisées, la plupart du temps, seuls les mamans étaient interrogées c'est pourquoi j'aimerais concentrer ce travail sur le vécu des pères.

Pour cela j'aimerais pourvoir vous poser une dizaine de questions ouvertes lors d'un entretien enregistré durant une trentaine de minute. Les données ainsi recueillies seront retranscrites à l'écrit puis elles seront désidentifiées et les fichiers audio seront détruits.

Vous pouvez à tout moment décider de ne plus participer à cette étude, même en ayant donné votre accord initialement.

Si vous avez reçu suffisamment d'informations et que souhaitez participer, vous pouvez remplir cette feuille. En vous remerciant.

Fait à Châteauroux, le

Nom et signature du participant

Jérémy BREUNEVAL

Annexe 7 : Livret de codes

On mange beaucoup nous

Il s'inquiète du surpoids de son enfant

On se posait beaucoup de question

Socialement on se sent écarté

Elle évoquait des moqueries, parfois en classe

Elle ne se sentait pas bien dans sa peau vis-à-vis de ça

C'est plus le généraliste qui nous a alerté

On ne s'est pas suffisamment alerter auparavant.

On avait de mauvaises habitudes

Je suis séparé avec ma femme. Bon chez moi on faisait attention...

On pense savoir mais on ne sait pas forcément tout

Qu'elle prenne conscience elle aussi

J'essaye de le responsabiliser

Quand ce n'est pas bien moi je prends le rôle du policier

Cela nous a apporté beaucoup

Avec ces ateliers, la prise de conscience a été surtout pour moi.

C'est pour ma santé aussi

J'ai appris des choses

Être le mieux dirigé

Ce qui est intéressant dans ces principes d'atelier, c'est la diversité des propositions

Savoir qu'on n'est pas tout seul

Elle est contente de me raconter et puis de me dire ce qu'elle a appris

J'apprécie ce qu'ils font pour nous aider

Je me suis impliqué à fond

On va reprendre les activités qu'on faisait avant

Ils changent leurs habitudes

Je m'implique pour elle

Être exemplaire

On s'entraide pour l'alimentation

Je fais un peu l'élève comme elle et en même temps ça fait du bien

Il faut jouer le jeu pour la motiver aussi

Il veut montrer l'exemple
Je trouve qu'elle se sent bien mieux
Son épanouissement et tout ça moi ça me fait plaisir
Je le vis bien, c'est vrai qu'en plus ça m'aide aussi
On est dans une relation « qui s'apaise » avec la maman
Sa silhouette elle s'est allongée
Venir régulièrement, c'est mieux
Le côté où ça revient souvent, c'est bien
Après c'est le côté pour s'organiser
Souvent, on fait un petit debriefing en partant
Les relations ont toujours été bonnes mais là elles sont meilleures
On fait des choses ensemble
C'est une contrainte mais c'est aussi bon pour nous aussi
C'est peut-être plus la maman qui doit s'occuper de ces choses-là
Dès que c'est un rapport avec un médecin, c'est toujours maman.
Parce qu'il y a la mainmise de la maman dessus
Questions de mœurs que... Papa il est au travail, Maman elle s'occupe des enfants.
C'est ma femme qui a voulu prendre en charge ma fille
Je pense que la paternité n'est pas aussi intuitive que la maternité
La balance on n'est pas du tout dedans, enfin, moi je ne suis pas du tout dedans
Moi personnellement, j'aurais attendu qu'elle grandisse
Bon sincèrement moi je ne vois pas d'évolution
Elle s'habille toujours en 12 ans
Je trouvais ça déjà ridicule de peser au 10g près l'aliment
Les contraintes de temps et de travail ne laissent pas beaucoup de marge
Je fais profiter les gens qui sont autour de moi
Parce que peut être les papa, on n'ose pas sauter le pas
Oui, le fait de venir forcément on se rend plus compte
Je n'ai plus besoin de l'engueuler
C'est plutôt positif
Ça s'améliore entre nous
On fait tous les deux l'effort, c'est plus facile comme ça

Être plus souvent avec lui

Ça évite d'être le méchant qui est là derrière tout le temps à interdire

Souvent, c'est même lui qui vient nous voir pour vérifier

L'enfant s'implique

La préparation du repas, ben maintenant elle participe

Je suis très content du fait de pas avoir à jouer au policier en fait, et plutôt d'être là comme un accompagnant

Que tout le monde fasse un petit peu attention, qu'on l'accompagne dans cette démarche

A la fin on marque toujours un ou deux engagements à tenir

Elle a perdu 500 g donc elle est plutôt contente.

Des nouvelles habitudes à prendre donc c'est un peu dur au début et puis après on s'y fait, puis on se rend compte que ce n'est pas si contraignant

Changer les habitudes d'une forme de routine et puis d'en installer une nouvelle en fait.

Tous les weekends on fait une liste des repas équilibrés, on s'organise mieux



Des idées pour associer légumes et féculents à chaque repas

Les féculents voyagent

On peut consommer des féculents en entrée, en plat principal ou en dessert

En entrée

Ce peut être : du taboulé à la menthe, des pommes de terre vinaigrette, des lentilles tièdes ou froides à l'échalote, des salades de pâtes, des salades de riz ou riz/maïs, des salades d'Ebly, des haricots blancs en vinaigrette échalote, des salades de pois chiches, un taboulé au boulgour, une soupe de lentilles au curry, une salade de pois chiches aux épices...

Je dis « des salades » parce que le féculent est l'ingrédient principal mais vous avez mille recettes diverses en modifiant les petits ingrédients rajoutés afin de faire des variantes.

En accompagnement :

- La **pomme de terre / la patate douce** cuites à la vapeur, dans un volume d'eau salé, en purée, sautée, en Parmentier, en gnocchis, un gratin de patate douce aux châtaignes...
- Les **pâtes** natures, en gratin, sauce tomate, tricolores, farcies (canellonis, raviolis, ravioles)...
- Le **riz** long, en rizzoto, à la créole, pilaf, aux épices, Basmati, Thaï, parfumé, en gratin, cantonnais, dans un maki
- Le **maïs** chaud est délicieux, seul ou accompagné
- Le **blé** (type « Ebly »), la **semoule de blé** , la **polenta** ou les **mélanges de céréales** , le **boulgour** , le **quinoa** , nature, aux épices, à la sauce tomate, « façon rizzoto »...
- Les **lentilles** vertes, blondes, corail ; les **pois cassés** en purée ; les **haricots blancs/rouges/les flageolets** cuits à l'eau avec de l'oignon, de l'ail, du persil, du thym, de la tomate, des épices.....c'est aussi excellent avec des lentilles
- L' **igname** et le **manioc** sont cuits dans un volume d'eau ou en gratin

En dessert

Les pâtisseries sont à compter comme le féculent du repas avec la teneur en farine qu'elles contiennent ; les crêpes, le riz ou la semoule au lait, le pain perdu, le pudding, les gaufres,

des châtaignes grillées, des gâteaux à la pomme de terre ou à la farine de châtaigne qui sont aussi adaptés aux personnes allergiques/intolérantes au gluten.

Les friands salées, les cakes salés, les cannelés salés, les feuilletés, les pizzas sont la part de féculent du repas. Mais attention, certaines de ces préparations peuvent aussi être très riches en graisses, donc à limiter.

Les légumes en entrée ou plat principal

En entrée : bien souvent ce plat a disparu des menus ; c'est une des raisons pour laquelle la consommation de légumes est trop faible dans nos repas. **Réintroduire un plat en entrée permet, facilement, de couvrir nos besoins en légumes.** Des légumes cuits ou crus en vinaigrette, une salade verte, un potage/veloutés, en flans, en terrine, en verrine avec morceaux ou mixés

En accompagnement, utilisez des légumes frais, surgelés, en conserves.

Vous pouvez les déguster cuits à la vapeur, ou dans un volume d'eau salé, en tian, en gratin, en purée (sans pomme de terre), sautés/croquants, en « fondue » (ex : poireau) ; vous pouvez même faire des mélanges pour faire vos propres poêlée

Les petits plus gustatifs: ajoutez de l'ail, de l'oignon, de l'échalote, des herbes aromatiques, des épices, du vinaigre balsamique, de la moutarde, des câpres, utilisez des huiles différentes, des vinaigres aromatisés, des réductions d'agrumes....

Pour flatter l'œil : jouez sur la couleur des plats ; les légumes offrent une belle palette de couleurs.

Légumes et féculents dans un même plat

Des associations sympathiques et variées :

- Des potages de légumes avec de la pomme de terre, des pâtes, des légumes secs, ou des perles de tapioca
- Des purées avec 50% de légumes et autant de pomme de terre
- Des gratins de légumes avec du riz, pâtes, ou de la pomme de terre, des mélanges de céréales
- Des duo de pâtes et légumes (ex : pâtes et carottes, ou courgettes)
- Des galettes de sarrasin garnie ou crêpes salées farcies (ex: jambon tomate/épinards)
- Des poêlée (maison) de maïs/haricots rouges, haricots verts et carottes

Des idées de plats légumes + féculents

- ✓ Tomate farcie au riz
- ✓ Tian aux légumes et pomme de terre
- ✓ Lasagnes aux légumes (au choix : tomate, tomate confite, courgette, aubergine, poivron, épinards, champignons, carottes, ail/oignon/échalote, herbes aromatiques,

- épices....)
- ✓ Poêlée de pommes de terre et légumes (au choix : endives, champignons, carottes, brocolis, chou fleur...)
 - ✓ Papillote de pomme de terre, courgette et carottes
 - ✓ Galette de polenta et ses petits légumes
 - ✓ Pizza « maison »aux légumes
 - ✓ Ravioles aux épinards ou courgettes
 - ✓ Gâteau de pomme de terre aux champignons
 - ✓ wraps « végétarien » avec salade verte et tomate, carottes râpées
 - ✓ Tortillas aux légumes
 - ✓ Nouilles chinoises sautées aux légumes
 - ✓ Soupe de légumes entiers à l'indienne (lentilles)
 - ✓ Fricassée de lentilles et carottes (50% de chaque)
 - ✓ Gratin de légumes et quinoa
 - ✓ Gratin de légumes d'hiver(avec légumes de saison et pois cassés)
 - ✓ Blinis au sarrasin et légumes
 - ✓ Cake végétarien aux petits légumes (préférables au tartes salées qui sont beaucoup plus riches en beurre)
 - ✓ Rizzoto aux légumes
 - ✓ Crozets aux légumes

Des idées de plats complets (légumes + féculents+ viande/poisson/œuf)

- ✓ Couscous au bœuf, au poulet, à l'agneau, au poisson, végétarien
- ✓ Lasagnes aux épinards (+/- poisson, jambon, bœuf, volaille....)
- ✓ Wraps aux légumes crus et jambon blanc, ou blanc de volaille, poisson...
- ✓ Pot au feu au bœuf ou pot au feu de la mer (poissons divers) – recette avec pomme de terre
- ✓ Choucroute avec de la viande maigre ou choucroute de la mer
- ✓ Gâteau florentin (riz ou pomme de terre/épinards/ œufs ou thon....mais on peut aussi ajouter des restes de viandes)
- ✓ Tajine avec viande, aux légumes et pomme de terre
- ✓ Gratin de légumes aux riz et poisson (ou mélange de fruits de mer)
- ✓ Hachis Parmentier aux légumes (ex : champignon, carotte...)
- ✓ Cake aux légumes (du printemps), poulet rôti et fines herbes (on remplace les légumes du printemps par des légumes de saison ou des restes de légumes cuits)
- ✓ Bœuf chinois aux légumes sautés et riz

Pensez aussi aux salades composées....



Parcours surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e)

Coordination, professionnels impliqués, soins et accompagnement



BIBLIOGRAPHIE

1. [En ligne]. Obésité; [cité le 9 févr 2024]. Disponible: <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>
2. carnet_de_sante-num-.pdf [En ligne]. [cité le 19 févr 2024]. Disponible: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
3. Rivière P. De nouvelles courbes de croissance de référence françaises [En ligne]. Salle de presse de l'Inserm. 2018 [cité le 19 févr 2024]. Disponible: <https://presse.inserm.fr/de-nouvelles-courbes-de-croissance-de-reference-francaises/30775/>
4. Courbes de croissance de référence du Carnet de Santé [En ligne]. CRESS UMR1153. [cité le 19 févr 2024]. Disponible: <https://cress-umr1153.fr/fr/courbes-de-croissance-de-reference-du-carnet-de-sante/>
5. [En ligne]. Obesity and overweight; [cité le 19 févr 2024]. Disponible: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
6. [En ligne]. Obésité de l'enfant : 5 constatations pour la Région européenne de l'OMS; [cité le 25 févr 2024]. Disponible: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/03-03-2023-childhood-obesity--five-facts-about-the-who-european-region>
7. Matta J, Carette C, Rives Lange C, Czernichow S. Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde. *Presse Médicale*. 1 mai 2018;47(5):434-8.
8. Jebeile H, Kelly AS, O'Malley G, Baur LA. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol*. Elsevier; 1 mai 2022;10(5):351-65.
9. Pulgarón ER. Childhood Obesity: A Review of Increased Risk for Physical and Psychological Comorbidities. *Clin Ther*. Elsevier; 1 janv 2013;35(1):A18-32.
10. Horesh A, Tsur AM, Bardugo A, Twig G. Adolescent and Childhood Obesity and Excess Morbidity and Mortality in Young Adulthood-a Systematic Review. *Curr Obes Rep*. sept 2021;10(3):301-10.
11. Onyimadu O, Violato M, Astbury NM, Jebb SA, Petrou S. Health Economic Aspects of Childhood Excess Weight: A Structured Review. *Child Basel Switz*. 24 mars 2022;9(4):461.
12. Han JC, Lawlor DA, Kimm SYS. Childhood Obesity – 2010: Progress and Challenges. *Lancet*. 15 mai 2010;375(9727):1737-48.
13. Littleton SH, Berkowitz RI, Grant SFA. Genetic Determinants of Childhood Obesity. *Mol Diagn Ther*. déc 2020;24(6):653-63.
14. Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. *Mayo Clin Proc*. Elsevier; 1 févr 2017;92(2):251-65.
15. Romanelli R, Cecchi N, Carbone MG, Dinardo M, Gaudino G, Miraglia Del Giudice E, et al. Pediatric obesity: prevention is better than care. *Ital J Pediatr*. 24 juill 2020;46(1):103.

16. Lebleu M. Vécu des parents d'enfants en situation d'obésité suivis en unité d'obésité infantile de l'Hôpital d'Enfants à La Réunion. :57.
17. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte; [cité le 21 févr 2024]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte
18. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Surpoids et obésité chez l'enfant : vers une prise en charge globale et multidimensionnelle; [cité le 21 févr 2024]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3320587/fr/surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-vers-une-prise-en-charge-globale-et-multidimensionnelle
19. Alliot X, Fianu A, Papoz L, Favier F. Trends and sociocultural factors for childhood overweight in La Reunion Island. *Diabetes Metab.* nov 2007;33(5):347-53.
20. Id H. Vécu du programme d'éducation thérapeutique de l'obésité de l'enfant de l'hôpital de Draguignan. :50.
21. Cason-Wilkerson R, Goldberg S, Albright K, Allison M, Haemer M. Factors influencing healthy lifestyle changes: a qualitative look at low-income families engaged in treatment for overweight children. *Child Obes Print.* avr 2015;11(2):170-6.
22. [En ligne]. Question | CNIL; [cité le 21 avr 2024]. Disponible: <https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/these-de-medecine-queelles-formalites-la-cnil>
23. Gillot L. [Obésité infantile] Le poids de la famille. *Sesame. Mission Agrobiosciences-INRAE*; 2019;6(2):18-23.
24. Appleton J, Fowler C, Brown N. Parents' views on childhood obesity: qualitative analysis of discussion board postings. *Contemp Nurse.* août 2017;53(4):410-20.
25. Gao L, Ma L, Xue H, Min J, Wang H, Wang Y. A 3-year longitudinal study of effects of parental perception of children's ideal body image on child weight change: The Childhood Obesity Study in China mega-cities. *Prev Med.* mars 2020;132:105971.
26. Ehmke MD, Morgan K, Schroeter C, Larson-Meyer E, Ballenger N. Influence de la générosité parentale et contrôle alimentaire sur l'obésité pédiatrique. *Rev Fr Déconomie. Paris : Revue française d'économie*; 2011;XXVI(3):69-94.
27. Hamann A. Le profil familial influence-t-il la pratique d'activités physiques et les risques d'obésité chez l'enfant?
28. [En ligne]. Parental weight status and household environment affecter poids statut de enfant.
29. Strauss RS, Knight J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics.* juin 1999;103(6):e85.
30. Schor EL, American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics.* juin 2003;111(6 Pt 2):1541-71.
31. Lefèvre H, Ibrahim N, Lachal J. [Temporalities of care for obese teenagers]. *Soins PEDIATR Pueric.* 2018;39(305):12-4.

32. Ruiter ELM, Saat JJEH, Molleman GRM, Fransen GAJ, van der Velden K, van Jaarsveld CHM, et al. Parents' underestimation of their child's weight status. Moderating factors and change over time: A cross-sectional study. PLoS ONE. 16 janv 2020;15(1):e0227761.
33. Aldolaim S. Parental Perceptions of Childhood Obesity: Systematic Literature Review. childhood-obesity [En ligne]. 2019 [cité le 8 avr 2024];04(01). Disponible: <http://childhood-obesity.imedpub.com/parental-perceptions-of-childhood-obesity-systematic-literature-review.php?aid=24483>
34. Lachal J, Orri M, Speranza M, Falissard B, Lefevre H, QUALIGRAMH, et al. Qualitative studies among obese children and adolescents: a systematic review of the literature. Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes. mai 2013;14(5):351-68.
35. Houllier M. Obésité infantile : vécu et attentes des parents concernant la prise en charge par leur médecin généraliste. 26 mai 2020;115.
36. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e); [cité le 12 avr 2024]. 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
37. Morawska A, West F. Do parents of obese children use ineffective parenting strategies? J Child Health Care Prof Work Child Hosp Community. déc 2013;17(4):375-86.
38. Tribouilloy-Gueyraud S. Etat des lieux des connaissances parentales sur le surpoids et l'obésité infantiles dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice, en ligne]. Lille ; 1969-2017, France : Université du droit et de la santé; 2016 [cité le 22 mars 2024]. Disponible: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M350.pdf
39. Payet A. Freins et moteurs à la participation aux ateliers proposés aux parents des enfants en surpoids/ obésité suivis par le réseau pédiatrique sur l'île de la Réunion.
40. Colson S, Gentile S, Côté J, Lagouanelle-Simeoni MC. Spécificités pédiatriques du concept d'éducation thérapeutique du patient : analyse de la littérature de 1998 à 2012. Santé Publique. Laxou : S.F.S.P.; 2014;26(3):283-95.
41. Roque AD de L. Vécu du programme d'éducation thérapeutique de l'obésité de l'enfant de l'hôpital de Draguignan. 24 oct 2017;48.
42. Hendrie GA, Coveney J, Cox DN. Defining the complexity of childhood obesity and related behaviours within the family environment using structural equation modelling. Public Health Nutr. janv 2012;15(1):48-57.
43. 2021_Medecine_NoubougMepoChristelle.pdf [En ligne]. [cité le 10 avr 2024]. Disponible: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2021_Medecine_NoubougMepoChristelle.pdf
44. Académie d'Orléans –Tours.
45. Buclin-Thiébaud S, Pataky Z, Bruchez V, Golay A. New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: a 5-year follow-up. Patient Educ Couns. juin 2010;79(3):333-7.

46. Nhingpanha-Palomba H, Chalencon V, Bonneterre V, Raynaud C, Patural H. Que deviennent 10 ans après, les enfants suivis pour surpoids ou obésité ? : étude observationnelle. Arch Pédiatrie. 1 juill 2013;20(7):731-8.
47. Derguy C, Poumeyreau M, Pingault S, M'bailara K. [A therapeutic education program for parents of children with ASD: Preliminary results about the effectiveness of the ETAP program]. L'Encephale. nov 2018;44(5):421-8.
48. Anne-Françoise PT. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) - synthèse. 2022;

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. B...', written in a cursive style.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

BREUNEVAL Jérémy

62 pages – 1 tableau – 2 schémas

Introduction

En 2020, 29 % des enfants âgés de 7 à 9 ans sont en situation de surpoids ou d'obésité en Europe. Cette prévalence ne cesse d'augmenter aussi en France. Comme beaucoup de pathologies chroniques, les recommandations de prise en charge de l'obésité infantile sont basées sur le principe d'éducation thérapeutique. La participation des parents à ces programmes est un des enjeux majeurs de cette prise en charge même si leur implication peut être variable. Peu d'études se sont intéressées au vécu des parents qui y participent et leurs populations d'études étaient majoritairement maternelles. Pourtant, l'implication des pères durant ces programmes et de manière générale dans la santé de leur enfant est tout autant nécessaire. L'objectif de cette étude était donc d'explorer le vécu des pères d'enfants en situation d'obésité pris en charge dans l'unité pédiatrique du CH de Châteauroux.

Méthode

Étude qualitative utilisant une approche par théorisation ancrée avec échantillonnage en variation maximale. Neufs entretiens ont été réalisés en présentiel jusqu'à suffisance des données, attestée par leur saturation.

Résultats/Discussion

L'analyse des codes ouverts a permis de faire émerger 5 catégories : la dynamique familiale, la prise de conscience, l'investissement, l'épanouissement et le maintien des changements.

Initialement, les pères mettaient tous en avant le fait de se sentir en retrait par rapport à leur conjointe concernant la santé de l'enfant. La prise de conscience de l'obésité de leur enfant était donc tardive mais la participation aux ateliers d'éducation thérapeutique renforçait leur implication. Il en résultait un changement de posture, du père « policier » qui réprimandait au père « éducateur » qui accompagnait son enfant dans la démarche de soin. Cette évolution améliorait leur communication et enrichissait leur relation père-enfant facilitant le maintien durable des changements. Pour autant des situations à risque de rupture de la prise en charge existent et nécessitent d'être anticipées pour ne pas mettre en échec l'ensemble de ce processus.

Conclusion

L'investissement des pères dans ce parcours d'éducation thérapeutique a contribué à renforcer les liens père-enfant tout en leur permettant de trouver leur place, tant dans la prise en charge de leur enfant que dans une dynamique familiale améliorée.

Mots clés

Obésité infantile, Éducation thérapeutique, Vécu paternel, Relation père-enfant, Dynamique familiale

Jury :

Président du Jury : Professeur Régis HANKARD

Directeur de thèse : Docteur Mary LEBLEU
Membres du Jury : Docteur Christophe RUIZ
Docteur Denis LECOMTE

Date de soutenance : 23 mai 2024