



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°

Thèse

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Hanane MIALI

Né(e) 10/05/1996 à Montreuil (93)

Ressenti et vécu des enfants en surpoids et obésité âgés entre 6 et 11 ans lors de l'abord de leur poids par le médecin généraliste dans la région Centre-Val de Loire

Présentée et soutenue publiquement le 01/04/2025 date devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Delphine MITANCHEZ, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Thomas GARGOT, Pédiopsychiatrie, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Karine BERNARDO, Pédiatrie-Nutrition, PH, CHU - Tours

Directeur de thèse : Docteur Pascale RENAUD BRIVET, Médecine Générale – Saint-Denis de l'hôtel (45)

RESUMÉ :

Titre : Ressenti et vécu des enfants en surpoids et obésité âgés entre 6 et 11 ans lors de l'abord de leur poids par le médecin généraliste dans la région Centre-Val de Loire

Introduction : L'Organisation Mondiale de la Santé considère le surpoids et l'obésité comme une épidémie, affectant également la population pédiatrique et devenant une priorité pour les institutions de santé. Le médecin généraliste a donc un rôle crucial dans l'abord et la prise en charge du surpoids chez les enfants.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu et ressenti des enfants en surpoids et/ ou obèse lors de l'abord du poids par le Médecin généraliste.

Méthode : Une approche qualitative a été utilisée, impliquant des entretiens semi-dirigés avec 10 enfants âgés de 6 à 11 ans, présentant un surpoids ou une obésité, en région Centre.

Résultat : Les enfants interrogés expriment une souffrance liée au surpoids, notamment face au regard social et aux remarques extérieures. Cette souffrance varie selon les individus et s'accompagne souvent d'un sentiment d'isolement ou d'une difficulté à participer à des activités collectives. L'échange avec le médecin sur ce sujet est perçu comme important, mais l'efficacité de cet échange dépend de la manière dont le médecin aborde la question. Un discours perçu comme distant, culpabilisant ou trop technique peut décourager les enfants et compromettre leur engagement dans une prise en charge. À l'inverse, un accompagnement bienveillant et empathique peut les aider à mieux gérer leur poids tout en favorisant leur bien-être émotionnel.

Conclusion : Cette étude souligne l'importance d'une communication bienveillante et d'un accompagnement pluridisciplinaire. Les médecins doivent intégrer les dimensions psychologiques et sociales du surpoids pour établir un dialogue motivant, tout en impliquant la famille pour une prise en charge optimale.

Perceptions and experiences of overweight and obese children aged between 6 and 11 when their weight is discussed by their general practitioner in the Centre-Val de Loire region.

ABSTRACT :

Introduction : The World Health Organization considers overweight and obesity as an epidemic, affecting the pediatric population as well. In this context, the role of the general practitioner in addressing and managing overweight in children is crucial.

Main purpose : This study aims to explore the experiences and feelings of overweight and/or obese children during their consultations with the general practitioner regarding their weight.

Methods : A qualitative approach was employed, involving semi-structured interviews with 10 children aged 6 to 11 years, presenting with overweight or obesity, in the Centre region.

Results : The children we interviewed expressed suffering linked to being overweight, particularly in the face of the social gaze and external remarks. This suffering varies from one individual to another and is often accompanied by feelings of isolation or difficulty participating in group activities. Discussions with the doctor on this subject are seen as important, but the effectiveness of these discussions depends on how the doctor approaches the issue. A discourse that is perceived as distant, guilt-inducing or overly technical can discourage children and compromise their commitment to care. Conversely, caring and empathetic support can help them manage their weight better, while promoting their emotional well-being.

Conclusion : This study highlights the importance of caring communication and multidisciplinary support. Doctors must integrate the psychological and social dimensions of excess weight to establish a motivating dialogue, while involving the family for optimal care.

Mot clés : enfants, surpoids, obésité, ressenti, vécu

Key words : children, overweight, obesity, perceptions, experiences

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

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 étudiante*

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 Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

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 – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – 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

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
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
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
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
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
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
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
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
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
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-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
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

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	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
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
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
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLU 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 – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
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
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

HARIVEL OUALLI Ingrid

Orthophoniste

IMBERT Mélanie

Orthophoniste

SIZARET Eva

Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciement

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux membres de mon jury qui m'ont honorée de leur présence et de leur précieux éclairage tout au long de cette aventure.

À Madame le Professeur Delphine MITANCHEZ, Présidente de mon jury, je souhaite adresser mes sincères remerciements pour avoir accepté de diriger cette soutenance. Votre expertise en pédiatrie et votre bienveillance ont été un véritable soutien tout au long de ce travail.

À Docteur Thomas GARGOT, je suis extrêmement reconnaissante pour vos conseils avisés et votre regard enrichissant. Votre rigueur et vos remarques constructives ont contribué à affiner cette recherche. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et d'avoir accueilli cette idée avec autant d'enthousiasme.

À Docteur Karine BERNARDO, merci de m'avoir accompagnée avec votre expertise en pédiatrie et nutrition. Je suis ravie de vous compter parmi les membres du jury de cette thèse.

À Docteur Pascale RENAUD-BRIVET, je tiens à adresser ma reconnaissance la plus sincère pour votre accompagnement constant, vos encouragements et vos précieux conseils. Votre disponibilité, votre exigence et votre bienveillance ont été des piliers essentiels dans la réalisation de ce travail. Mon semestre auprès de vous durant ma première année d'internat m'a permis d'apprécier encore davantage la médecine générale. Vous avez fait preuve d'une gentillesse constante, tant envers moi qu'envers vos patients, et cela m'a profondément marqué.

A ma famille, le pilier de ma vie, merci d'avoir toujours été là pour moi, dans les bons, comme dans les mauvais moments, je pourrai faire une thèse rien que sur vous

À ma mère, la personne la plus précieuse et essentielle de ma vie,

Merci pour tout l'amour inconditionnel et le soutien que tu m'as toujours offert. Tu as été là pour moi à chaque instant, surtout dans les moments où j'étais au plus bas. À chaque épreuve, tu savais trouver les mots justes pour me reconforter et m'aider à voir la lumière au bout du tunnel. Tes précieux conseils sur la vie m'ont guidé et continuent de le faire. Et que dire de tes bons petits plats, qui non seulement m'ont nourri, mais m'ont aussi réchauffé le cœur et redonné de l'énergie lorsque j'en avais besoin. Pour tout cela et tant d'autres choses encore, je t'offre un merci éternel.

À mon père, la personne sur qui je peux toujours compter quand j'en ai besoin,

Je me rappelle encore le premier jour où tu m'as amené à la fac de médecine pour m'inscrire. On avait rencontré une fille de la prépa qui m'a fait assez peur sur mes chances de réussite. Malgré cela, tu as su trouver les mots justes pour me rassurer et apaiser mes inquiétudes. Pour ta présence, ton soutien, et ta capacité à me redonner confiance dans les moments de doute, je te dis un immense merci, aujourd'hui et pour toujours.

À mon frère et à mes sœurs, un grand merci

À Amina, ma petite (grande) sœur,

Tu es toujours là quand j'ai besoin de toi, toujours prête à me réconforter avec tes délicieux cupcakes. Heureusement que tu es là pour veiller sur moi, m'assurer que je mange bien, et garder mon passeport en sécurité quand les parents ne sont pas là. Toutes les fois où tu prends soin de moi, tu penses peut-être que je ne le remarque pas, mais je le vois. Pour tout ce que tu fais, pour ton attention et ton amour, je te dis un immense merci.

À Ines, mon binôme de chambre,

Merci pour toutes les fois où tu as accepté de prendre le volant parce que je me plaignais toujours de faire trop d'heures de trajet. Tu l'as fait à chaque fois sans un mot de reproche, et je t'en suis tellement reconnaissante. Merci aussi pour ta patience, pour m'avoir supportée dans mes moments de déprime et de blues, toujours avec bienveillance. Et surtout, merci de ne jamais m'avoir spoilé *Vampire Diaries* ou *Once Upon a Time* – rien que ça, c'est une preuve d'amour inestimable ! Pour tous ces petits gestes du quotidien qui montrent à quel point tu es précieuse, je te dis un grand merci !

À Momo, merci de nous avoir amené Lilo & Stitch, tu auras au moins servi à cela. Plus sérieusement, merci d'être présent aujourd'hui pour ma thèse, ta présence compte énormément pour moi et je t'en suis vraiment reconnaissante.

À Sarah, la petite dernière, mon binôme de déprime,

On a partagé autant de moments de déprime que de fous rires, et c'est ce qui rend notre duo unique. À tous nos films d'horreur regardés ensemble (avec une mention spéciale pour *Marrowbone*), plus rien ne peut nous faire peur maintenant. Merci d'être toujours là, même si on ne peut jamais rien faire ensemble parce que tu es perpétuellement fauchée.

Merci aussi d'avoir parfois annulé tes sorties juste pour qu'on puisse passer du temps ensemble. Et surtout, un grand merci pour avoir gardé le secret sur le célèbre H. Tu es irremplaçable !

A mes tantes et oncles d'amour, c'est connu la tante maternelle (toi aussi tonton Farouk) c'est comme une deuxième mère.

Tata Sohila, merci de m'avoir fait découvrir l'amour de l'histoire, du Louvres et de Paris. Merci de m'avoir accompagné au lycée et d'être venu me chercher à chaque fois (je ne l'oublie pas). Merci de m'avoir fait découvrir l'amour pour le cinéma et surtout l'amour pour Harry Potter. Pour tout cela, je te dédie un immense merci, du fond du cœur. J'espère que j'arriverai à transmettre à tes enfants, Melina et Kais, un dixième de tout ce que tu m'as transmis.

Tonton Farouk, aka tonton Lellouche, merci de t'être occupé de moi quand maman travaillait et aussi quand j'ai eu la varicelle. Merci de m'avoir offert ton cœur à chaque anniversaire. J'espère pouvoir être un aussi bon exemple pour Ayoub et Anas. Merci pour tout. Et merci

pour ton sandwich incroyable. (J'espère qu'avec cette dédicace, j'aurais le droit à un menu gratuit avec boisson artisanale comprise).

Tata Nazha, désolé à cause de moi, on t'a enlevé ton statut de doc. Merci pour toutes les fois où tu m'as fait rire, tu sais très bien que tu es dans le top 3 des personnes les plus drôles de cette famille, et tu n'es pas troisième. Plus sérieusement merci d'avoir toujours été là pour moi. Merci de m'avoir offert l'hospitalité pendant mon concours. Je n'oublie pas. J'espère que je serai un bon exemple pour Kiki, Leila, Sofia et Alya comme toi tu l'as été pour moi.

Tata Hacina, merci pour tous les souvenirs qu'on a pu créer dans tous les apparts où tu as habité, merci pour ta bonne humeur et ton sourire contagieux, merci pour les bons hamburgers et gaufres devant Once Upon A time. Merci d'être mon binôme aussi de sport, même si ça n'a duré qu'un mois. Merci pour tout, merci de nous avoir gardé tous les cinq quand les parents sont partis en vacances. Je te rendrai l'appareil. Pour toutes ces petites choses au quotidien merci. J'espère que Lyna et Anissa m'estimeront comme moi je t'estime.

Tata Fatima, même si je sais que tu préfères que je t'appelle Fat, merci de m'avoir considéré comme ta meilleure copine. Je n'oublie pas toutes les fois où tu m'emmenais manger dehors ou que tu m'amener au cinéma avec toi. J'étais un boulet mais tu me sortais quand même tout le temps avec tes copines. Merci de m'avoir appris « à me maquiller » et de m'avoir emmené avec toi en vacances. Ses souvenirs sont gravés à jamais dans mon cœur. Merci pour tout.

À mes grands-parents d'amour, merci d'avoir toujours été là pour moi. Vous êtes un exemple pour moi et je chérie tous les moments passés avec vous. Même si je suis triste que vous n'habitez plus au 2. A chaque fois que je viens chez vous, je suis transportée dans la jungle Amazonienne (comprendra qui pourra). En tout cas merci pour tout.

À Amina, à tous ces après-midis passés ensemble, entre séries et goûters, des moments simples mais précieux. Merci d'avoir été l'une des premières à me faire confiance, alors que je débutais à peine mes études. On forme le duo parfait de la flemmardise, mais au final, on s'en sort plutôt bien ! Reste toujours aussi rayonnante, avec ton sourire contagieux, que t'as pu transmettre à Ayoub et Anas.

A mes amis d'enfance Fatma et Manel,

Fatma, on se connaît depuis plus de vingt ans maintenant. Je suis contente que malgré toutes ces années, malgré toutes les fois où je t'ai dit que je ne pouvais pas sortir à cause de mes révisions ou des stages, tu as quand même toujours répondu présente. A nos soirées à Paris quand on ne voulait pas rentrer trop tôt du resto. À tous nos éclats de rire partagés, je suis heureuse de pouvoir te considérer comme ma cinquième sœur.

A Manel, mon binôme, à tous les moments qu'on a pu partager à Jean Jaurès et à La Noue. Toutes les fois où entre deux cours, on courrait à la boulangerie pour acheter une canette et un beignet fourré à la crème. A toutes les fois où on a rigolé avec Sofian et Karin, dans les

Alpes. Tu es une des meilleures personnes que je connaisse et j'espère te garder longtemps près de moi.

À mes camarades de P13, qui sont aujourd'hui bien plus que des amis : une véritable famille.

À Myms, ma princesse d'amour, un paragraphe ne suffira pas à résumer notre relation. Même si plusieurs fois je n'ai pas apprécié te voir tourner auprès de Céline, tu as toujours réussi à me faire sentir spéciale et en confiance. Même si tu as préféré la Turquie à moi, je sais qu'entre deux cocktails, un morceau de toi est présent en ce grand jour. Ta beauté intérieure rayonne et sublime ta beauté extérieure. En espérant avoir encore plein de confiance dans le couloir orange pour les années à venir. A septembre 2017, quand on courait d'amphi en amphi pour "nos révisions" : probablement les révisions les plus efficaces de tout notre cursus !

À Amine, l'artiste de notre groupe, P13 n'aurait pas eu la même saveur sans toi. Tu nous as pris sous ton aile et tu nous as fait découvrir chaque recoin de cette fac, tout en nous préparant à affronter les dangers et les embûches qui se dressaient sur notre chemin (vigiles et tour brûlé). A nos séances de révision à Chatelet, avec comme bureau : le piano. Reste comme tu es et garde éternellement ton sourire et ta joie de vivre contagieuse.

À Yassine, avec qui nous avons enchaîné bien plus de séances de cinéma que de séances de révisions. Une pensée spéciale pour ton célèbre sous-sol, qui a probablement mieux retenu nos cours que nous-mêmes ! Ta bonne humeur et ta gentillesse m'ont marqué, et c'est avec plaisir que je me rendais tous les jours à P13 pour te retrouver, car je savais qu'on allait passer une bonne journée ensemble.

À Remy, même si tu m'as abandonné pour notre pacte des trente ans, tu fais partie des personnes qui m'ont fait le plus sourire et rire durant ces dix années. À nos goûters wrap entre deux fiches de révisions : mon moment préféré de la journée. Ne change pas et garde ta bonne humeur.

À Aladdin, on est comme chien et chat, mais tu es sans doute une des personnes avec qui je ris le plus. On a passé autant d'années ensemble que de saison dans Friends. Toujours présent pour des conseils psy. Garde ton franc parlé et ta personnalité intacts. Je te souhaite de vivre des années heureuses avec notre Sheitana.

À Sheitana, ma sorcière préférée, je pourrai te dédier une page entière. Tu es une personne avec un grand cœur. Tu arrives toujours à mettre une touche d'humour et à faire sentir chaque personne avec qui tu parles à l'aise et spéciale. Même si dès fois tu pouvais être une petite dictatrice avec tes externes (pour qu'ils aillent chercher ta blouse par exemple), tu es toujours appréciée de tout le monde. Et même si pendant un mois dans l'année on ne te voit pas, ne change jamais, garde toujours ce grain de folie.

À Céline, ma traîtresse préférée, que serait une brune sans sa blonde ? Rien, évidemment ! Je suis tellement heureuse de t'avoir rencontrée, grâce à notre JJ en méd interne. Tu as été un véritable coup de foudre ! Tu as été mon binôme de stage, et chaque matin, l'idée de te

retrouver rendait le réveil bien plus agréable. Ne change pas, tu es un rayon de soleil pour toutes les personnes que tu rencontres.

À Nawel, tu as toujours été là, aussi bien dans les moments joyeux que dans les instants sérieux, et c'est ce qui te place parmi mes amis les plus proches. Nos fous rires sont aussi nombreux que les pages du Collège de pédiatrie, et chacun d'eux est un trésor. Tu mérites tout le bonheur du monde, et j'espère que tu seras à mes côtés encore de nombreuses années (surtout à la piscine, pour me garder à l'œil !).

À Élodie, ma vie a changé depuis que je t'ai rencontrée. Nous avons notre propre langage pour communiquer, et je crois qu'on a donné plus de surnoms aux gens de la fac qu'il n'y a d'items dans le Collège de cardio. À toutes ces fois où on se raconte les mêmes histoires sans jamais s'en lasser, je te dis merci. Ne change rien, garde toujours ce grain de folie qui fait ta renommée et ton charme unique.

À Nassim, mon binôme de scénario, on a écrit tellement de scripts ensemble. On forme un duo digne de Roger et Steve (évidemment, je suis Roger). Mais cette fois, c'est moi qui tiens la plume pour écrire les lignes, alors pour une fois, je ne suis pas la méchante à la fin de l'histoire ! Garde toujours cet humour qui te caractérise si bien. Si je devais résumer notre relation en un moment, ce serait R16, alias notre plus grand fou rire... pauvre Ramona !

À Awais, mon binôme de watchparty. Merci d'être le célèbre Rigsby dans notre relation. Même si c'est moi la mentaliste, j'ai toujours eu besoin de toi pour m'aider à résoudre les énigmes de P13, et les articles prescrire... Pour cela, je te dis merci. Un bar à jeu cet été ça te dis ? avec un bon poisson même si je sais que t'aime pas ça.

Table des matières

INTRODUCTION.....	21
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	23
A. Type d'étude.....	23
B. Population étudiée.....	23
C. Recrutement.....	23
D. Aspect éthique.....	24
E. Recueil des données.....	24
F. Analyse des données.....	24
RÉSULTATS.....	25
A. Caractéristiques de la population.....	25
B. Compréhension surpoids et obésité.....	26
C. Vécu surpoids et obésité.....	28
D. Discours du médecin.....	29
E. Freins de l'enfant sur l'abord de son poids.....	31
F. Regard social.....	33
G. Chemin de la perte de poids	35
DISCUSSION.....	37
A. Compréhension du surpoids et de l'obésité.....	37
B. Vécu émotionnel et social.....	38
C. Chemin de la perte de poids.....	38
D. Comparaison avec la littérature existante.....	40
1. Compréhension du surpoids et de l'obésité.....	40
2. Vécu du surpoids et de l'obésité.....	41
3. Rôle des influences externes.....	43
4. Stratégies et obstacles face au surpoids.....	44
E. Forces et limites de l'étude.....	45
F. Recommandations et perspectives.....	46
CONCLUSION.....	48

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	49
ANNEXES.....	53
A. Formulaire de consentement et d'information.....	53
B. Guide d'entretien.....	59
C. Nouveau guide d'entretien.....	60
D. Grille coreq.....	61
E. Grille guide de normes de rapport de recherche qualitative : Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).....	63
F. Avis comité éthique.....	64
G. Table des propriétés.....	65
H. Verbatims.....	67

Abréviations :

CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ = Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research)

ETP= Éducation Thérapeutique du Patient

HAS= Haute Autorité de Santé

IMC= Indice de Masse Corporelle (IMC)

IOTF= International Obesity Task Force

OMS= Organisation Mondiale de la Santé

PNNS= Programme National Nutrition Santé

SRQR= Standards for Reporting Qualitative Research

INTRODUCTION :

L'obésité est une maladie chronique qui peut entraîner dès le plus jeune âge divers problèmes médicaux et sociaux. Les enfants et adolescents en surpoids ou obèses présentent généralement un moindre épanouissement, une moins bonne perception de leur corps, sont plus susceptibles de subir du harcèlement, ce qui peut retentir sur leurs résultats scolaires.

Chez les enfants et adolescents, il n'est pas possible d'établir un seuil uniforme d'IMC définissant le surpoids et l'obésité en raison des variations physiologiques de la corpulence pendant la croissance. Les courbes établies par l'IOTF sont les plus couramment utilisées en pratique clinique depuis 2018 et sont intégrées dans le carnet de santé. Contrairement aux adultes où le surpoids est défini au-delà de 25 kg/m² et l'obésité au-delà de 30 kg/m², chez les enfants, être en surpoids signifie dépasser la courbe IOTF-25 (correspondant à un IMC de 25 à l'âge de 18 ans), tandis que l'obésité est définie au-dessus de la courbe IOTF-30. (1)

De nouvelles courbes de croissances ont fait leur apparition dans les carnets de santé en 2018 en France. Ces courbes de croissance « AFPA- CRESS/Inserm -CompuGroup Medical 2018 » se situent « nettement au-dessus » des courbes précédentes et se veulent plus adaptées aux enfants actuels. (2)

Concernant la prévalence de l'obésité, en 2016, plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans étaient en situation de surpoids ou d'obésité. Entre 1975 et 2016, cette proportion est passée de 4 % à plus de 18 % de la population. (3) L'obésité infantile est également un facteur prédictif majeur de l'obésité à l'âge adulte. La probabilité pour un enfant obèse de maintenir cette condition à l'âge adulte varie de 20 % à 50 % avant la puberté, et augmente à une fourchette de 50 % à 70 % après la puberté. Il est donc essentiel d'agir précocement pour éviter les complications futures.

Les causes de l'obésité infantile sont multiples, mais elle est principalement due à l'augmentation des apports caloriques et à la diminution de l'activité physique. La surconsommation d'aliments ultra-transformés (chips, gâteaux, sodas) favorisée par le marketing alimentaire n'est pas compensée par une activité physique suffisante. Dans les pays développés, la pratique du sport est en diminution, notamment chez les femmes : 81 % des garçons affirment pratiquer un sport, contre seulement 67 % des filles. De plus, les enfants passent plus de temps sur des activités sédentaires (smartphones, jeux vidéo, réseaux sociaux), ce qui accentue la tendance au grignotage.

Une prédisposition familiale peut également jouer un rôle. Il a été démontré qu'avoir un ou deux parents en surpoids ou obèses augmente significativement le risque de surpoids chez l'enfant. (4) Par ailleurs, la fréquence du surpoids varie selon les catégories socio-

économiques : elle est plus élevée chez les enfants issus de milieux défavorisés, où les parents exercent des professions ouvrières. (5)

Autrefois le surpoids était perçu comme un signe de richesse et de prospérité en France. De célèbres peintres et moralistes français de l'époque (Jean de La Bruyère, Shakespeare, Rubens) décrivaient l'embonpoint comme un signe d'opulence et de puissance et la maigreur comme un signe de maladie et de répugnance. L'obésité est aujourd'hui largement stigmatisée dans les sociétés occidentales. Jean-Pierre Poulain, sociologue, explique que dans le cadre des théories du choix rationnel, une personne obèse est souvent perçue comme incapable de contrôler son alimentation, ce qui peut affecter la perception de sa fiabilité dans d'autres aspects de sa vie. (4) (6)

Mis en place en 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) vise à améliorer la santé de la population en agissant sur la nutrition. Reconduit en 2019 sous l'appellation de PNNS-4, il a pour objectifs de réduire de 20 % le taux de surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents et de diminuer de 10 % la prévalence du surpoids dans les milieux socio-économiques défavorisés. Actuellement, le PNNS 5 (2025-2030) est en cours de préparation. (7)

Dans sa thèse intitulée « Difficultés de la réalisation de la prévention de l'obésité infantile en soins primaires », Charlotte GINET observe que de nombreux médecins généralistes expriment une appréhension à aborder le surpoids de l'enfant, de peur de causer une souffrance psychologique. Ils hésitent notamment à introduire la question du poids avec l'enfant et ses parents, redoutant de créer une prise de conscience négative chez un enfant qui n'aurait peut-être pas encore perçu son surpoids comme un problème. (8)

Face à ces constats, nous avons donc décidé d'étudier le ressenti de l'enfant obèse. Que ressent-il lorsque le médecin aborde pour la première fois la question du surpoids ? Était-il indemne de toute souffrance à ce sujet auparavant ?

L'objectif principal de cette étude, au travers d'une étude qualitative, est d'explorer le vécu et ressenti des enfants en surpoids et/ ou obèse lors de l'abord du poids par le médecin généraliste.

Matériel et méthode :

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés d'enfants âgés entre 6 et 11 ans. Ce type d'étude a été choisi car on étudiera le ressenti et les émotions des patients, qui sont des données subjectives et non quantifiables.

L'étude a été réalisée en s'appuyant sur les critères de la grille COREQ (Annexe D, critères validés : 28/32) et du RSQR (Annexe E), reconnus pour assurer la qualité des recherches qualitatives.

B. Population étudiée

Les critères d'inclusions sont les suivantes : enfants âgés entre 6 ans et 11 ans, en surpoids ou obèse en utilisant les courbes d'IMC des carnets de santé avec l'utilisation de seuils de l'IOTF. Il faut que l'abord de l'excès de poids ai été abordé au moins une fois en consultation.

Les critères de non-inclusion sont les personnes s'étant opposées aux traitements des données et/ou absence d'accord du ou des responsables légaux.

Cette tranche d'âge a été choisie car elle suit le regain d'adiposité, période où l'IMC devient un meilleur prédicteur du surpoids à l'âge adulte, et précède l'adolescence, où il existe un important changement corporel.

C. Recrutement

Les familles ont été informées de l'étude par l'intermédiaire de médecins généralistes que j'ai contacté dans la ville de Dreux. J'ai également laissé des formulaires d'information concernant l'étude dans la salle d'attente de différents cabinets médicaux. J'ai laissé mon numéro et mail pour permettre un complément d'information si besoin.

Les familles intéressées ont ensuite été contactées par courrier électronique ou par téléphone pour convenir d'un rendez-vous pour l'entretien. Les représentants légaux ont rempli un formulaire de consentement en deux exemplaires, l'un conservé par la famille et l'autre par le chercheur. Les entretiens ont commencé après avoir obtenu le consentement, à la fois oral et écrit.

D. Aspects éthiques

Notre étude est dite Hors loi Jardé, elle ne relève donc pas d'un CPP (comité de protection des personnes) mais d'un comité éthique. Nous avons reçu la validation du "groupe éthique d'aide à la recherche clinique" (voir Annexe 1).

Avant chaque entretien, nous avons donné aux représentants légaux des enfants une notice qui permet d'expliquer le but de notre étude et on a donné également un formulaire de consentement à remplir et à signer. Les enfants ont également reçu ces documents qui ont été adaptés à leur âge (voir Annexes 2, 3 et 4).

Concernant la déclaration CNIL, le guide d'entretien étant complètement anonyme et ne contenant pas de donnée, cette déclaration n'est pas requise.

E. Recueil des données

Il s'agit d'entretiens semi-dirigés, au domicile des parents ou au cabinet, selon la préférence des interlocuteurs. Le domicile des parents était privilégié pour que l'enfant se sente plus à l'aise. Les parents sont informés que les enfants sont enregistrés via un dictaphone.

Le guide d'entretien a été ajusté progressivement au cours des entretiens. Puis l'entretien a été totalement retranscrit sur word. On a utilisé un code alphanumérique permettant de rendre les entretiens anonymes.

Les expressions non verbales, telles que les pleurs, les rires et les silences, ont également été consignées par écrit. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à arriver à une saturation des données.

F. Analyse des données

Nous avons premièrement réalisé une lecture "verticale" pour permettre une vue d'ensemble du contenu de la transcription. Ensuite, nous avons effectué une lecture dite "horizontale" : des entités de sens ou des codes ont été créées par le biais de reformulations et d'interprétations des données. Les différents codes ont été regroupés en sous-catégories, en catégories et, enfin, en thèmes. Nous avons utilisé le logiciel n vivo pour l'aide à l'analyse des données.

Résultat

A. Caractéristiques de la population

Dix entretiens ont eu lieu de juin 2024 à octobre 2024. La saturation des données a pu être obtenue au bout de huit entretiens : deux autres entretiens ont été réalisés pour confirmer la saturation des données. Le tableau 1 représente les caractéristiques de l'échantillon. La durée des entretiens allait de 19 minutes à 34 minutes environ.

Entretien	Âge	Sexe	IOTF	Activité extra-scolaire
E1	11	Masculin	Entre 25 et 30	Football
E2	10	Masculin	Supérieur à 30	Non
E3	7	Féminin	Entre 25 et 30	Non
E4	11	Féminin	Supérieur à 30	Non
E5	8	Féminin	Entre 25 et 30	Équitation
E6	9	Masculin	Supérieur à 30	Judo
E7	11	Féminin	Supérieur à 30	Non
E8	6	Masculin	Supérieur à 30	Football
E9	7	Masculin	Entre 25 et 30	Football
E10	8	Masculin	Supérieur à 30	Musique

Tableau 1 : Caractéristiques des enfants

B. Compréhension surpoids et obésité

Définition

On remarque qu'en fonction de l'âge, la définition de surpoids et d'obésité est différente. Pour les plus jeunes, ils ont une définition plutôt simpliste du surpoids, basée essentiellement sur l'aspect physique *"Quand on pèse lourd sur la balance. Euh ... et aussi quand on a un peu de ventre et que les affaires ne nous vont plus "* (E10), *"Oui, c'est quand on est trop gros, je crois"* (E1). D'autres enfants se basent sur le carnet de santé, avec la courbe de croissance *"c'est quand on mange trop. Et quand on se pèse, on a beaucoup de kilos ... euh et qu'ensuite ... ah oui ensuite on est au-dessus de la courbe"* (E6).

Certains enfants vont utiliser la comparaison, avec des enfants de leur âge, pour définir le surpoids *"Je crois c'est être plus gros que les autres"* (E9), *"par rapport à ma classe je suis le plus gros avec un autre garçon"* (E2)

Les plus grands ont une définition plus précise *"C'est pas avoir un IMC supérieur à 30 ?"* (E4). Cependant, elle n'a pas su dire comment calculer l'IMC : *"ah je sais pas j'ai fait direct sur un site internet !"* (E4). *"C'est quand on a un IMC trop élevé"* (E7)

Sur les dix enfants interrogés, 6 d'entre eux ont défini le surpoids et l'obésité par le terme "gros".

Causes

Tous les enfants arrivent à définir rapidement une des causes principales du surpoids : l'alimentation. Ils expliquent qu'une alimentation trop riche pouvait en être la cause *"La nourriture, quand on mange beaucoup, beaucoup trop de trucs"* (E10), *"C'est quand on grignote beaucoup"* (E5). La majorité des enfants incriminent directement certains aliments *"des chips, des frites, des bonbons. Ça fait grossir tout ça, maman m'a dit. Et en plus ça fait des caries"* (E3), *"Déjà tout ce qui est sucré : gâteau, glace"* (E7).

Certains enfants mettent en avant le manque de fruits et légumes dans les repas *"Ne pas manger équilibré, ne pas manger de fruits et légumes"* (E4), *"Manger plus de légumes et de fruits"* (E7).

En ce qui concerne l'activité physique, trois enfants ont spontanément évoqué le manque de sport comme une cause du surpoids *"Et aussi quand on est tout le temps assis et qu'on ne fait pas assez de sport"* (E2), *"ne pas faire de sport"* (E4). Concernant les autres enfants, il a été nécessaire de poser des questions supplémentaires pour qu'ils évoquent le sujet du sport.

Conséquences

Les enfants identifient clairement les causes du surpoids, mais leur compréhension des conséquences reste plus limitée, en particulier celles à long terme.

Les conséquences à court terme sont mieux connues et décrites *"Et en plus ça fait des caries. J'ai eu une carie une fois, le dentiste a dit que c'était à cause des bonbons"* (E3), *"Elle me dit que j'aurais mal au ventre si je mange trop de bonbons"* (E5).

Les conséquences esthétiques sont également bien exprimées *"Quand on a un peu de ventre et que les affaires ne nous vont plus"* (E10).

En revanche, les conséquences à long terme sont moins bien comprises par les plus jeunes. Les enfants plus âgés montrent une meilleure connaissance de ces impacts *"Des problèmes de cœur que je peux avoir quand je vais être plus grand"* (E1), *"Je sais que ça peut causer du diabète. J'ai mon grand-père qui a ça. Donc à chaque fois on me dit de faire attention pour pas que j'ai ça"* (E4).

Influence entourage sur la compréhension

Au fur et à mesure des entretiens, on se rend compte que la compréhension des enfants est influencée par ce qu'ils entendent autour d'eux. Certains enfants répètent ce que leurs parents disent *"Elle me dit de faire attention parce que sinon j'aurai mal au ventre. Et elle me dit aussi que j'aurai pleins de caries"* (E3), *"Ma mère déteste quand je fais ça, elle trouve que je grignote beaucoup trop"* (E5), *"Elle dit que je dois perdre du ventre"* (E5).

La grande majorité des enfants rapportent les conseils et les informations qui ont été transmis par leurs médecins *"Il m'a dit de faire attention à ce que je mangeais... il trouve que je ne mange pas assez de légumes. Il trouve aussi que je mange trop de sucreries, mais moi je mange des gâteaux seulement au goûter"* (E1), *"Oui, il m'a dit de manger mieux et de bouger plus"* (E4), *"Le docteur a dit que j'étais au-dessus de la courbe"* (E5).

Ce qui est dit à l'école influence également leur compréhension du surpoids *"À l'école, ils disent que je suis gros. Mais ils disent pas ça qu'à moi"* (E1), *"Que je devrais faire attention. Et en sport, que je devais apprendre à courir"* (E7).

Par ailleurs, un enfant mentionne les messages des publicités télévisées : *"Et aussi, j'ai vu plein de fois à la télé qu'il faut manger 5 fruits et légumes par jour"* (E9).

On peut donc noter l'impact que peuvent avoir les mots qu'on utilise devant les enfants. On peut noter que malgré une compréhension souvent simplifiée, les enfants montrent une capacité à intégrer les messages qu'ils vont entendre.

C. Vécu surpoids et obésité

Souffrance psychologique et émotionnelle

Pour certains enfants, le poids est considéré comme une honte et un inconfort corporel. En effet, ils ressentent un réel inconfort par rapport à leur apparence, particulièrement lors des moments où leur corps est le plus exposé : *"J'y pense pas tout le temps, mais c'est sûr qu'au foot quand je dois me changer devant les autres ou à la plage. J'ai pas envie qu'on me voit"* (E1) *" hmmm ... quand je dois aller à la plage, parce que je veux pas qu'on me voit"* (E3). Cette honte s'étend également à des moments du quotidien qui devraient être neutres, comme le shopping : *"C'est vrai que quand je fais du shopping avec maman et que je dois prendre toujours des tailles plus grandes, ça me saoule"* (E7).

De plus, on remarque une obsession importante liée au poids et à la nourriture. Cette focalisation excessive provoque des pensées récurrentes sur les restrictions alimentaires ou les envies de consommer des aliments perçus comme interdits : *"C'est trop difficile de faire attention. On me dit de manger des légumes, mais moi je veux trop des gâteaux"* (E4), *"Quand je suis en cours, je pense à ce qu'on va manger à la cantine"* (E8).

Isolement et repli sur soi

Les enfants peuvent ressentir une différence marquée avec leur entourage et développer un sentiment d'exclusion. Le surpoids limite parfois leur participation à des activités collectives, renforçant ce sentiment d'isolement. Ils perçoivent souvent un décalage dans leurs capacités physiques par rapport à celles des autres enfants, ce qui les pousse à se replier sur eux-mêmes : *"Je préfère rester chez moi au lieu d'aller jouer au foot avec les autres, ils courent trop vite"* (E10).

Ce décalage peut entraîner une difficulté à s'intégrer, associée à un ressenti de ne pas être à leur place. Certains enfants en viennent à intérioriser cette sensation de différence, bien qu'ils tentent de la minimiser en apparence : *"En corps oui, je me sens différente, mais je dis que ça me dérange pas"* (E4). Pour d'autres, la comparaison avec d'autres enfants accentue leur sentiment d'infériorité : *"Parce que les mouvements j'arrivais de moins en moins à les faire, alors que mes copines elles ont pas de problème"* (E4).

Le surpoids peut provoquer des limitations dans les activités physiques créant ensuite un abandon ou un évitement : *"Bah je suis vite essoufflé du coup j'ai pas envie de courir"* (E7). Ces évitements peuvent non seulement restreindre leur participation sociale, mais aussi les priver des bénéfices physiques et psychologiques associés à ces activités.

Acceptation et indifférence

Certains enfants affichent une acceptation, avec une attitude de désengagement et une minimisation de l'importance de leur surpoids. Ils vont montrer un désintérêt total du regard social *"je suis très bien comme je suis"* (E2), *"Non, jamais. Je m'en fous un peu de ce que les gens disent"* (E6). Pour ces enfants, cette indifférence affichée est souvent une stratégie pour préserver leur estime de soi face à des remarques blessantes ou répétées.

Chez d'autres, l'acceptation n'est pas un choix, mais une forme de capitulation face à une situation qu'ils jugent immuable *"J'ai essayé de perdre du poids, mais c'est trop dur, alors j'ai arrêté d'y penser"* (E4). Cela peut être une façon plus simple pour eux de vivre dans le surpoids, en évitant d'affronter directement les difficultés liées à leur surpoids.

Excès de poids perçu comme un manque de contrôle

Pour de nombreux enfants, le surpoids est perçu comme une faute personnelle, et est synonyme d'échec accentuant cette sensation de culpabilité. Ce sentiment a pu être construit par des remarques extérieures renforçant une vision où le surpoids est directement lié à un manque de volonté ou de discipline *"Je mange trop, je sais que c'est ma faute si je suis comme ça"* (E5), *"Les gens pensent que je suis paresseux, mais ils comprennent pas"* (E7).

L'alimentation est une source fréquente de culpabilité. Les enfants associent leurs envies ou leurs habitudes alimentaires à une perte de contrôle *"Quand je mange des bonbons, après je regrette, mais j'arrive pas à m'arrêter"* (E7), *"J'ai essayé de manger moins, mais dès que je vois des gâteaux, je peux pas résister."* (E3). Cette relation conflictuelle avec la nourriture est augmentée par les remarques extérieures rendant chaque écart alimentaire encore plus culpabilisant.

D. Discours du médecin

Lassitude du médecin

Les enfants avaient l'impression que l'absence de progrès ou la prise de poids avait pu provoquer une certaine lassitude chez ce dernier, *"Il me dit tout le temps les mêmes choses, mais je crois que même lui il y croit pas"* (E9).

Certains médecins, observant peu de résultats malgré des recommandations répétées, ont pu adopter une attitude routinière ou désengagée, ce qui peut démotiver l'enfant *"Je sais pas, il m'en parle vite fait après on passe à autres chose"* (E5).

Peur de vexer ou de heurter le patient

Certains enfants avaient la sensation que le médecin appréhender de parler de leur poids pendant la consultation *“Il parle rarement de mon poids, peut-être qu’il ose pas trop”* (E7). Cette impression pouvait conduire les enfants à penser que leur poids était un sujet tabou ou embarrassant, non seulement pour eux, mais aussi pour le médecin. Cette peur de vexer peut conduire à un mutisme du médecin *“Non il m’en parle pas, ou alors je m’en rappelle plus, peut être parce qu’il veut pas me vexer”* (E2).

D’autres enfants ont pu ressentir un discours hésitant de leur médecin, qui ne se sentait pas forcément à l’aise pour parler de ce sujet *“Ouais, quand il me pèse. Au début il hésite à parler de ça mais ma mère lui en parle donc il me dit de faire attention”* (E3).

Manque de temps et communication superficielle

Les enfants ont pu ressentir que le médecin, par manque de temps, évoque le poids de manière très succincte, *“Juste que je dois faire attention de pas grignoter. Mais il m’en parle pas longtemps”* (E8). Ils expliquent que le médecin parle surtout du motif pour lesquels ils consultent mais parlent très rapidement de leur poids *“Elle me dit ça seulement quand elle me pèse au moment de faire les vaccins”* (E7)

Aborder ce sujet de manière superficielle peut entraîner une mauvaise compréhension des conseils prodigués par le médecin, ce qui risque de conduire à un échec dans leur mise en pratique *“Non, Elle m’a juste dit de manger plus de légumes. Mais j’ai pas compris pourquoi”* (E7).

Négligence de la dimension psychologique

Certains enfants avaient la sensation que le médecin s’intéressait principalement aux règles hygiéno-diététiques *“oui, il m’a dit de manger mieux et de bouger plus. C’est ce que j’ai essayé de faire mais c’est plus facile à dire qu’à faire”* (E4), *“il m’a juste dit de continuer le foot, et de plus grignoter entre les repas”* (E9). Ces recommandations étaient parfois perçues comme strictes et difficiles à appliquer *“Mais après à la cantine c’est équilibré donc je sais pas comment je peux manger moins. En fait, il faut que je mange plus du tout j’ai l’impression”* (E8) et quelquefois même inatteignables *“J’ai essayé de perdre du poids, mais c’est impossible”* (E4).

Certains médecins utilisaient des termes médicaux complexes, qui n'étaient pas toujours compris par les enfants " Ouais mais c'est trop compliqué à comprendre ... sauf pour les caries" (E9).

Les enfants avaient l'impression que le discours médical tendait parfois à négliger la dimension psychologique du surpoids "*moi ce qui me dérange avec ça c'est que je peux pas m'habiller comme je veux, mais je le dis pas*" (E5). Cette approche pouvait renforcer le sentiment par l'enfant d'être incompris "*c'est plus facile à dire qu'à faire*" (E4).

La légitimité du discours médical

Les enfants trouvent que les recommandations médicales, bien que entendues ailleurs (parents, école), ont un sens plus légitime lorsqu'elles viennent d'un médecin "*Quand c'est lui qui le dit, je sais que c'est important, alors j'écoute plus*" (E10).

Pour la grande majorité des enfants, le fait de parler du poids avec leur médecin ne leur pose pas de problème, considérant cela comme naturel et non problématique "*Non ça me dérange pas, c'est mon médecin*" (E2), "*Non, ça me va*" (E5)", "*Non c'est mon médecin, je suis habitué à lui*" (E6).

Ils perçoivent les remarques des médecins comme un soutien et un accompagnement, plutôt que comme une critique ou un jugement, contrairement à lorsque cela est dit par d'autres personnes "*En vrai il est là pour m'aider c'est mon médecin donc ça me dérange pas*" (E4), "*C'est mon médecin, lui il a le droit*" (E10).

E. Freins de l'enfant sur l'abord de son poids

Peur d'aborder le sujet

Certains enfants évitent d'aborder le sujet par peur de montrer leur vulnérabilité "*j'ai pas envie qu'on croit que je suis une pleureuse*" (E5). Ils ne veulent pas montrer que les remarques liées à leurs poids les atteignent "*j'aime pas montrer que ça me rend triste*" (E7), "*Après on va croire que j'ai pas confiance en moi. Alors que c'est pas ça ... mais voilà quoi je préfère rien dire*" (E10). Pour ces enfants, il est primordial de préserver une image de confiance en eux.

Honte face aux parents

Certains enfants ressentaient les critiques de leurs parents comme particulièrement blessantes, parfois plus que celles venant de l'extérieur. Ces remarques, souvent perçues

comme plus personnelles et récurrentes, pouvaient laisser un impact émotionnel fort *“Bah quand elle me dit que j’ai un gros ventre et que c’est pour ça que rien ne me va oui ça m’énerve”* (E3), *“Ma mère déteste quand je fais ça, elle trouve que je grignote beaucoup trop”* (E5).

D'autres enfants préféraient que leurs parents ne soient pas témoins des discussions sur leur poids, par peur que leurs parents soient plus sévères à la maison *“Et je veux pas qu’ils disent devant ma mère, après à la maison elle fait que de me dire de faire attention. Alors que je fais pleins d’effort déjà ... je sais pas je préfère pas”* (E6), où qu’ils leur fassent de nouveaux reproches *“Je sais que si on parle de mon poids, mes parents vont faire que de me répéter ça la maison”* (E8).

Perspective de devoir modifier les habitudes

La perspective de devoir modifier les habitudes alimentaires peut être perçue par l'enfant comme très compliqué, surtout lorsqu’il s’agit de renoncer à des aliments appréciés par ces derniers *“C’est trop difficile de faire attention. On me dit de manger surtout des légumes mais moi je veux trop des gâteaux”* (E4).

Il y a également une réticence à commencer une activité physique *“j’aime pas courir”* (E10). Ils craignent que ces changements soient trop drastiques ou difficiles à suivre, *“Bah je suis vite essoufflé du coup j’ai pas envie de courir”* (E7). Le manque de plaisir ou d’endurance dans l’effort physique est un obstacle fréquent *“Je préfère rester chez moi plutôt que d’aller jouer au foot avec les autres, ils courent trop vite”* (E10).

La peur de l’échec

Certains enfants sont réticents à aborder le sujet de leur poids, par peur que le problème devienne réel. Cette peur les pousse à éviter la discussion ou à en minimiser son importance *“J’ai essayé de perdre du poids, mais c’est trop dur, alors j’ai arrêté d’y penser”* (E4), *“j’ai pas envie d’y penser”* (E5).

Cette réticence est souvent alimentée par une peur de l’échec. Ils redoutent que, même en suivant les règles hygiéno-diététiques, l’absence de résultats concrets renforce l’idée que leurs efforts ne sont pas suffisants *“J’ai peur de pas perdre de poids alors que je fais tous ces efforts. C’est dur”* (E5). Allant jusqu’à une résignation chez certains enfants *“J’ai déjà essayé de manger mieux, mais ça marche pas, donc pourquoi je vais recommencer”* (E6).

Remarques répétitives

On a pu constater que le fait de faire des remarques sur le poids, de manière répétée, pouvaient agacer les enfants *“A la longue, quand c’est tout le temps, c’est saoulant”* (E3), *“on me répète toujours la même chose mais c’est compliqué de devoir faire attention à tout et à chaque fois”* (E7).

Les enfants ressentent une difficulté à supporter la pression générée par ces remarques répétées, surtout lorsqu’elles leur donnent la sensation d’être constamment surveillés *“Je suis surveillé à la maison. Maman arrête pas de me dire que je dois faire plus attention. J’ai pas le droit de manger ce que je veux”* (E8).

Ces remarques constantes donnent un sentiment d’incompréhension, avec une impression que leurs efforts ne sont pas remarqués *“oui, il m’a dit de manger mieux et de bouger plus. C’est ce que j’ai essayé de faire mais c’est plus facile à dire qu’à faire”* (E4).

F. Regard social

Importance du regard social pour l’enfant

Pour les enfants, l’acceptation par la société a une place très importante, parfois même plus importante que leur santé physique. Cette frustration est notamment liée à leur apparence physique, notamment lorsqu’il s’agit d’habits *“Je peux pas mettre de jupe par exemple ou de short l’été”* (E4), *“Moi ce qui me dérange avec ça c’est que je peux pas m’habiller comme je veux, mais je le dis pas. Les trucs à la mode dès fois je peux pas les mettre”* (E5).

Cela peut mener à éviter certaines interactions qu’ils jugeraient gênantes *“J’y pense pas tout le temps, mais c’est sûr qu’au foot quand je dois me changer devant les autres ou à la plage. J’ai pas envie qu’on me voit”* (E1), *“Je préfère rester chez moi plutôt que d’aller jouer au foot avec les autres, ils courent trop vite (...) dès fois oui j’ai envie de jouer avec eux ”* (E10).

Harcèlement et stigmatisation

Les moqueries et les stigmatisations, notamment à l’école, peuvent être une expérience fréquente et douloureuse pour les enfants en surpoids *“A l’école, y a un garçon il a dit une fois que j’étais gras”* (E2), *“Dès fois y a des garçons qui disent que j’ai un double menton”* (E3), *“Quand on était en maternelle y en a qui disait que j’étais grosse”* (E4). Tous les enfants ont vécu au moins une fois, une remarque sur leur physique.

Les moqueries à l'école touchent les enfants profondément, affectant leur confiance en eux et leur bien-être *"Quand ils me disent ça, ça me fait mal, mais je dis rien"* (E3), *"Je faisais comme si ça me dérange pas, mais en vrai ça me reste dans la tête"* (E4)

Leur poids peut être source de stigmatisation *"je cours pas très vite, j'ai pas envie que les autres pensent que c'est parce que c'est à cause ça"* (E10).

Le regard familial : entre soutien et pression

La famille joue un rôle crucial dans le vécu des enfants en surpoids, oscillant entre un soutien bienveillant et une source de pression. Pour certains, les encouragements familiaux permettent de mieux affronter le regard extérieur : *"Ma maman me dit toujours que je suis beau comme je suis, ça me rassure"* (E5). Cependant, le regard familial peut aussi être perçu comme pesant, surtout lorsque les remarques se concentrent sur les efforts à fournir *"Quand elle me dit de manger moins devant tout le monde, ça me met mal à l'aise"* (E10), voir blessants : *"Bah quand elle me dit que j'ai un gros ventre et que c'est pour ça que rien ne me va, oui ça m'énerve"* (E3).

Influence des médias et idéalisation de la minceur

Les médias et les réseaux sociaux jouent un rôle significatif dans la perception qu'ont les enfants de leur corps, en diffusant des standards de beauté souvent inatteignables. Les enfants en surpoids se retrouvent confrontés à une idéalisation de la minceur qui accentue leur sentiment de différence : *" Et surtout j'aimerais bien ressembler à des filles que je vois sur TikTok, mais je sais que c'est impossible "* (E4), *"Et sur Instagram, toutes les filles sont super minces, ça donne envie"* (E7).

Cette influence ne se limite pas aux réseaux sociaux : les publicités et émissions de télévision participent également à ce culte de la minceur. Les enfants se comparent alors aux figures idéalisées qu'ils voient, ce qui peut renforcer leur mal-être : *"À la télé, ils disent toujours qu'il faut être mince pour être en forme"* (E9).

Adaptation comportementale : des stratégies comme bouclier

Pour faire face au regard social et aux remarques sur leur surpoids, les enfants développent diverses stratégies d'adaptation comportementale, qui agissent comme des boucliers pour protéger leur estime de soi. Certains choisissent d'ignorer les critiques *" Après des fois je les entends parler dans la cour, je préfère ignorer"* (E6).

D'autres adoptent une réaction qui est plus agressive pour se défendre ou pour dissuader les futures moqueries *"Quand ils disent des trucs, je réponds méchamment, comme ça ils arrêtent"* (E9).

Certains vont adopter l'humour, pour faire croire à leur harceleur que cela ne les atteint pas. Ils plaisantent sur eux même afin de ne pas laisser l'occasion aux autres de le faire *"Même moi des fois j'en rigole de mon gros ventre"* (E2).

G. Chemin de la perte de poids

Prise de conscience

Le chemin vers la perte de poids commence souvent par un déclic, qu'il soit lié au regard social, aux remarques d'un médecin ou au soutien familial. Le regard des autres, en particulier de l'entourage, a un rôle déterminant : *" Et comme ça je pourrai m'habiller comme elle"* (E7). Les remarques médicales, bien que parfois perçues comme strictes, sont également efficaces : *" Quand le médecin il m'a montré ma courbe, j'ai compris qu'il fallait que je fasse quelque chose"* (E4).

Le soutien continu de l'entourage est très important et peut être un réel déclic *" C'est vrai que quand ma mère m'a dit qu'elle était fière de moi, ça me donne envie de continuer"* (E9).

Motivation

Pour certains, la motivation naît d'une envie d'améliorer leur apparence ou leur performance physique *" Et surtout j'aimerais bien ressembler à des filles que je vois sur TikTok, mais je sais que c'est impossible "* (E4), *" Je préfère rester chez moi plutôt que d'aller jouer au foot avec les autres, ils courent trop vite "* (E10).

D'autres trouvent leur motivation dans des facteurs externes, comme les remarques de leurs parents ou de leur médecin : *"Ma mère m'a dit que je devais faire attention pour ma santé, alors j'essaye"* (E4).

L'importance du soutien familial et social

Le soutien de la famille et de l'entourage joue un rôle essentiel dans le chemin vers la perte de poids *"Ma mère m'a dit que je devais faire attention pour ma santé, alors j'essaye"* (E4), *"Il y a ma copine elle m'a dit de manger comme elle pour perdre du poids (...) elle veut m'aider pour que je me sente mieux"* (E7).

Cependant, certaines remarques peuvent avoir l'effet inverse "*Bah quand elle me dit que j'ai un gros ventre et que c'est pour ça que rien ne me va, oui ça m'énerve*" (E3). En parallèle, le soutien social des amis et des enseignants est tout aussi précieux. Les encouragements à l'école ou la valorisation des efforts, comme la participation à des activités sportives, offrent à l'enfant un sentiment d'inclusion "*Même mon maître une fois il m'a dit que j'étais fort en judo, j'étais trop content*" (E6)

L'importance de l'accompagnement médical

Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle important dans l'accompagnement des enfants en surpoids, grâce aux conseils donnés et à une écoute bienveillante "*Oui elle m'a expliqué quoi manger. Et elle m'a dit de marcher beaucoup, alors j'essaye*" (E7).

En revanche, des recommandations trop strictes ou perçues comme inaccessibles peuvent freiner la motivation et provoquer un découragement "*C'est trop difficile de faire attention. On me dit de manger surtout des légumes mais moi je veux trop des gâteaux*" (E4).

Un médecin qui reconnaît les progrès de l'enfant, même s'ils sont minimes, peut stimuler sa persévérance "*La dernière fois quand je lui ai dit que je marche plus qu'avant, il m'a dit que c'était bien et qu'il faut que je continue comme ça*" (E6).

Les bénéfices et moments de réussite

Une amélioration de leur bien-être physique est souvent l'un des premiers bénéfices ressentis "*Au début oui j'étais vite essoufflé, mais depuis que j'en fais je cours mieux et plus longtemps*" (E9).

Les compliments reçus de la part de leur entourage sont également des moments importants pour les enfants, et qui valorise leurs efforts "*Même mon maître une fois il m'a dit que j'étais fort en judo, j'étais trop content*" (E6). De même, une meilleure intégration sociale peut survenir, comme le fait de pouvoir participer plus activement à des activités collectives "*Maintenant, je joue au foot avec les autres, et c'est bien*" (E1).

Discussion

A. Compréhension du surpoids et de l'obésité

L'analyse des données met en évidence une perception du surpoids et de l'obésité qui évolue en fonction de l'âge et de l'expérience des enfants. Les plus jeunes ont une compréhension simplifiée, souvent centrée sur des aspects physiques visibles ou sur des comparaisons sociales avec leurs entourages. Les enfants plus âgés ont une compréhension du surpoids mieux développée. Ils utilisent des termes comme l'IMC et développent mieux les habitudes alimentaires à avoir. Cependant, la compréhension des conséquences à long terme du surpoids n'est pas forcément mieux connue.

L'entourage joue un rôle crucial dans la compréhension qu'ont les enfants du surpoids. Les parents, notamment, peuvent transmettre des messages qui sont imprégnés facilement par l'enfant.

Le médecin occupe une position clé dans la construction de la compréhension du surpoids et de l'obésité chez les enfants. Sa parole est perçue comme légitime et autoritaire. Même si son discours peut parfois être jugé trop technique ou difficile à comprendre. "*Le médecin m'a dit que je devais manger plus de légumes et moins de sucreries*" reflète cette influence, mais montre aussi que l'approche se concentre souvent sur des recommandations générales, sans expliquer en détail les implications qui peuvent en découler. Il est cependant important d'éviter que les parents utilisent le médecin comme une autorité imposant des règles strictes, afin de ne pas associer son rôle à celui d'une figure punitive.

Au-delà de la famille et des professionnels de santé, l'entourage scolaire, notamment les enseignants et camarades, joue un rôle clé dans la perception des enfants sur l'obésité. Les moqueries peuvent renforcer une vision négative, tandis qu'un soutien bienveillant aide à normaliser et à mieux accepter cette réalité.

Enfin, les médias et les publicités peuvent également avoir un impact, même si leur interprétation reste souvent simplifiée ou partielle. Ces influences extérieures, associées aux discours familiaux et médicaux, montrent que la compréhension des enfants est le résultat d'un ensemble complexe de facteurs environnementaux et éducatifs.

En conclusion, la compréhension du surpoids et de l'obésité chez les enfants est un processus évolutif, influencé par l'âge, le niveau de maturité, et l'environnement social. Cela met en évidence l'importance de sensibiliser les enfants de manière adaptée, en prenant en compte leur âge et leur capacité de compréhension, pour les aider à développer une perception équilibrée et constructive du surpoids.

B. Vécu émotionnel et social

Le surpoids chez l'enfant engendre souvent une souffrance psychologique, amplifiée par le regard des autres, notamment à l'école. Ces remarques répétées créent un cercle vicieux d'isolement et de repli sur soi, ce qui rend leur intégration dans des activités sociales ou physiques, encore plus difficile.

Au-delà des remarques verbales, les limitations dans les activités physiques associées au surpoids augmentent leur sentiment de différence. Les enfants ressentent souvent un décalage entre leurs capacités physiques aux capacités physiques des enfants de leur âge. Cela peut les pousser à éviter les activités collectives.

Les enfants vont développer différentes stratégies pour se protéger de tout cela. Certains choisissent d'ignorer les remarques, d'autres vont opter pour une attitude plus agressive, une autre stratégie consiste à utiliser l'humour pour désamorcer les tensions. Ces mécanismes, bien qu'utiles pour préserver leur estime de soi à court terme, révèlent un profond malaise et une difficulté à gérer les impacts émotionnels de leur surpoids.

Le regard des autres joue un rôle central et a souvent une place plus importante pour eux que leur santé. L'acceptation par leurs camarades et leur entourage devient une priorité pour beaucoup. Ils ressentent une grande frustration face à leur apparence et ce besoin d'être accepté les pousse à se comparer à leurs amis ou à des modèles idéalisés sur les réseaux sociaux, ce qui accentue leur sentiment de différence.

Pourtant, certains enfants vont trouver un soutien précieux dans leur entourage. Un enseignant qui va valoriser leurs efforts ou des amis qui prennent leur défense peuvent représenter une bouffée d'air frais et donc permettre de les aider à affronter le regard social.

En conclusion, le vécu émotionnel et social des enfants en surpoids est marqué entre souffrance, stratégies d'adaptation et besoin d'acceptation. Si le poids représente une barrière importante à leur intégration sociale et à leur bien-être émotionnel, un environnement bienveillant et inclusif, porté par des figures de soutien, peut atténuer les impacts négatifs et les aider à mieux vivre leur différence.

C. Chemin de la perte de poids

La prise de conscience est une étape incontournable dans le processus de perte de poids, souvent initiée par l'intervention d'un médecin ou par l'inquiétude des parents. Les remarques médicales, bien que parfois perçues comme strictes, jouent un rôle central dans l'initiation au changement. Pour beaucoup d'enfants, c'est à travers le discours du médecin

qu'ils réalisent l'importance de leur poids : en montrant la courbe de croissance par exemple. Le langage utilisé par le médecin joue un rôle crucial : un discours trop technique ou perçu comme insensible et trop impersonnel peut accentuer la distance et renforcer le sentiment d'échec. Tandis qu'un accompagnement empathique et compréhensif peut motiver les enfants à persévérer. Il est important que les médecins ne reprennent pas les termes de leur harceleur : "gros" par exemple. On a pu voir que les termes comme surpoids/obésité ne posait pas de problème chez les enfants.

Certains médecins hésitent à aborder ce sujet, craignant de heurter la sensibilité des enfants. Cette prudence peut parfois rendre leur discours trop bref ou indirect. Bien que cette attitude soit bien intentionnée, elle peut donner aux enfants l'impression que leur poids est un sujet gênant ou tabou, ce qui limite l'impact des consultations. Ou cela peut faire penser que le poids n'est pas un enjeu important et qu'il n'y a donc pas besoin de modifier cela.

Changer ses habitudes alimentaires ou pratiquer du sport, peuvent être perçus comme des obstacles à la perte de poids et sont souvent vécus comme des efforts difficiles à tenir sur la durée. Les enfants trouvent difficile de renoncer à leurs aliments préférés ou de faire des activités physiques qu'ils trouvent trop exigeantes. Le soutien régulier du médecin est essentiel pour les encourager. Cependant, si le discours du médecin devient répétitif ou routinier, certains enfants peuvent ressentir un manque d'engagement de sa part.

Le soutien familial et social agit comme un levier essentiel dans ce cheminement, mais il est souvent renforcé ou modulé par l'approche du médecin. Un médecin qui reconnaît les progrès, même minimes, peut encourager les familles à soutenir davantage leurs enfants. Tandis que des critiques mal perçues peuvent créer des tensions supplémentaires au sein du foyer. En revanche, des recommandations trop générales ou perçues comme inatteignables peuvent décourager non seulement l'enfant, mais aussi son entourage.

Le médecin, en combinant écoute et explications claires, peut bâtir une relation de confiance. Une communication positive et motivante aide l'enfant à voir la perte de poids comme un objectif atteignable et encourageant, plutôt qu'une série de restrictions et d'échecs.

En somme, la relation entre le médecin et l'enfant est un pilier central dans le cheminement vers la perte de poids. Une approche empathique, régulière et axée sur des objectifs réalistes peut transformer la prise de conscience initiale en un levier durable de changement, favorisant un accompagnement efficace dans un cadre global incluant la famille et l'environnement social.

D. Comparaison avec la littérature existante

1. Compréhension du surpoids et de l'obésité

Définition

Nous avons constaté, lors de cette étude, que plus on avance en âge, plus la définition et la compréhension du surpoids est affinée. Cela a pu également être observé dans d'autres travaux de thèse (9), (10). Les enfants ont souvent tendance à caractériser le poids par l'apparence ou les capacités physiques. Chez l'adolescent en revanche, on remarque une meilleure connaissance du sujet, malgré toujours des lacunes sur les conséquences médicales liées à l'obésité. (11)

Il est essentiel que l'enfant ait une perception juste de son poids. Une étude menée auprès d'enfants de 8 à 15 ans montre que les filles et les plus âgés l'évaluent correctement, tandis que les plus jeunes, surtout les garçons, le sous-estiment. Cette perception influence les comportements de perte de poids et doit être prise en compte dans l'accompagnement des patients. (12)

Une étude menée au Royaume-Uni cherche à explorer l'utilisation de l'échelle 3D auprès des parents pour aborder le sujet du poids lors des consultations pédiatriques. La conclusion était que les parents considèrent l'échelle 3D BSS comme une ressource visuelle acceptable pour discuter du poids de l'enfant lors des consultations de routine. Cependant, l'acceptabilité de cet outil dépend d'une approche de communication sensible, collaborative et adaptée aux besoins familiaux. (13)

Causes

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a expliqué que la consommation de boissons sucrées ainsi que les aliments ultra transformés est nettement supérieur chez les enfants que chez les adultes. (14)

Dans notre étude, les enfants ont tous pu définir quel aliment est à consommer avec modération. Ces observations sont en accord avec les études précédentes, qui montrent que le fait d'exposer les enfants à des messages sur les aliments riches en sucres et en graisses contribue à leur perception. Pelicand et Doumont dans leurs travaux, ont noté que les enfants reprennent souvent des messages entendus à l'école ou à la maison. (15)

Le fait que plusieurs enfants n'aient pas mentionné spontanément l'activité physique pourrait s'expliquer par une valorisation sociétale moins prononcée de ce facteur par rapport à l'alimentation. Des études telles que celles de Goodway et Getchell mettent en évidence que l'environnement familial joue un rôle clé dans l'établissement de ces perceptions. Cela souligne l'importance d'une éducation qui promeut une compréhension équilibrée des causes. (16)

Conséquences

Les enfants ont souvent une connaissance limitée des conséquences liées au surpoids. La plupart identifient principalement les effets à court terme, comme les limitations dans les activités physiques, ainsi que les impacts esthétiques. Ces résultats sont conformes à ceux de Harriger et Thompson, qui observent que les enfants tendent à percevoir les impacts immédiats plutôt que les conséquences chroniques telles que le diabète ou les maladies cardiovasculaires. (17)

Dans une étude réalisée dans une clinique spécialisée dans l'obésité pour enfant, des chercheurs ont démontré que sur 41 enfants, 97,6 % des enfants citent les complications cardiaques, concernant les autres complications : Esthétiques (90,2 %), Psychologiques (90,2 %), Obésité à l'âge adulte (90,2 %), Diabète (85,4 %), Cancer (31,4 %). Cela démontre que lorsque l'enfant est renseigné, il sera plus impliqué dans sa perte de poids. (18)

2. Vécu du surpoids et de l'obésité

Souffrance psychologique et émotionnelle

Dans notre étude, la grande majorité des enfants rapportent en premier lieu leur mal-être physique comme la principale conséquence du surpoids. Cela est en adéquation avec de nombreux autres travaux réalisés sur ce sujet. Une revue de la littérature, menée à partir de 34 articles, s'est intéressée à l'évaluation de la qualité de vie chez les enfants et adolescents en surpoids ou obèses. Plusieurs variables étaient associées à la qualité de vie, telles que l'image de soi, le harcèlement, les douleurs corporelles, la qualité de l'alimentation, l'activité physique, le temps passé devant les écrans, le niveau d'éducation des parents et le statut pondéral. Sur ces 34 articles, seuls trois n'ont pas rapporté une diminution de la qualité de vie chez les jeunes obèses. (19)

Le Docteur Lachal, psychiatre et psychanalyste français, a fait une méta-synthèse des études qualitatives qui explore la question de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Il en ressort que les enfants en surpoids et obésité sont plus enclins à avoir une faible image de soi, ainsi qu'un isolement social. (20)

Cela a également été retrouvé dans un article des chercheurs Puhl et Latner où il en ressort des conséquences psychologiques : des moqueries et de l'intimidation, principalement à l'école affectant leur bien-être psychologique, et renforçant l'isolement social et réduisant leur qualité de vie. (21)

Isolement et repli sur soi

On a pu voir au fur et à mesure des entretiens que les enfants ont tendance à se replier sur eux-mêmes et à s'isoler, que ce soit par sentiment de honte, pour éviter les moqueries, ou en raison de limitations dans leurs capacités fonctionnelles.

Puhl et Latner ont expliqué, dans leur article, que le stigmatisme peut décourager les enfants obèses à participer à des activités physiques, aggravant ainsi leur surpoids. (21)

Dr Silvain Quinart, du RéPPOP-BFC (Réseau de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Bourgogne Franche-Comté), identifie plusieurs freins à l'activité physique chez les enfants en surpoids ou obèses : limitations physiques (endurance réduite, douleurs, fatigue, difficultés motrices) et barrières psychologiques (peur des moqueries, exclusion, jugement). (22)

Claude Fischler, sociologue spécialisé dans les études sur l'alimentation et les comportements alimentaires, parle dans son livre "L'Homnivore", explique que les enfants en surpoids ou obèses, confrontés à des normes alimentaires ou corporelles, peuvent ressentir une pression sociale qui influence leur estime de soi et qui engendre la plupart du temps un isolement de ces enfants. (23)

Une étude australienne a été réalisée sur 8 463 enfants âgés de 7 à 15 ans, qui visait à examiner la relation entre l'obésité et l'estime de soi chez les enfants australiens. Les enfants obèses présentaient un risque significativement plus élevé de faible estime de soi par rapport aux enfants de poids normal. L'effet était plus prononcé chez les filles que chez les garçons.

Ces enfants étaient plus susceptibles de signaler des moqueries ou de la stigmatisation en milieu scolaire. Une limitation dans les activités physiques et des insatisfactions corporelles étaient fréquemment rapportées. Une corrélation élevée a été observée entre l'obésité et des indicateurs de troubles émotionnels tels que l'anxiété ou la dépression. (24)

3. Rôle des influences externes

Influence de l'entourage

De nombreux travaux ont démontré que l'influence des pairs, notamment l'influence parentale, déterminent la perception qu'ont les enfants de leurs poids. Le Dr Lebourgeois met en évidence le rôle essentiel des représentations parentales dans la gestion du surpoids chez l'enfant. Bien que, dans cette thèse, certains parents perçoivent l'excès de poids comme un enjeu de santé nécessitant une intervention rapide, d'autres parents considèrent le surpoids comme un problème temporaire ou normal chez un enfant en croissance. (25)

Julie Pélicand et Dominique Doumont sont des chercheurs, qui ont coécrit un dossier technique publié par l'Unité d'Éducation pour la Santé de l'École de Santé Publique de l'UCL. Dans cette étude, cinq parents sur 14 croient que les enfants « étirent » avec le temps, c'est-à-dire que leur silhouette s'amincit. (15)

Les travaux de Lucie Lemelin, Frances Gallagher et Jeannie Haggerty, ont également démontré que les parents, notamment les parents ayant des enfants en surpoids et de bas âge, ont tendance à sous-estimer le poids. Cette étude a démontré que les parents pensent que l'embonpoint de leur enfant est un processus normal à leur développement et que le poids se normalisera lorsqu'ils grandiront. (26)

Cristina Grabovschi, professeure de psychologie, a réalisé une étude qui démontre que les enfants ont une relation avec la nourriture qui évoluent avec l'âge et cela est fortement influencée par leur environnement culturel, familial et éducatif. (27)

Ces travaux confirment que la sous-estimation du poids par les parents influence négativement la mise en place de stratégies précoces de prévention et d'intervention appropriées.

Influence des médias

Les enfants en surpoids, notamment les enfants plus âgés, sont particulièrement vulnérables aux normes sociétales et ce qu'ils voient à la télé ou sur les réseaux sociaux.

Harriger et Thompson, dans leur article, montrent que les réseaux sociaux, avec leurs standards de beauté, affectent l'image de soi et le bien-être des jeunes en surpoids et peuvent devenir un espace de moqueries et de cyberharcèlement, ce qui amplifie davantage l'estime de soi des enfants. (17)

Cela a également été retrouvé dans la thèse de Barbara Jiotso Nguetsop. Il en ressort que les réseaux sociaux diffusent des standards de beauté irréalistes, ce qui a tendance à augmenter l'insatisfaction corporelle et la comparaison sociale et donc entraîner une diminution de l'estime de soi et un mal-être psychologique. (28)

Cependant, peu d'enfants mentionnent les messages de prévention ou les campagnes éducatives. Le rapport de l'OMS de 2018 montre que le marketing des aliments gras, sucrés et salés influence les choix alimentaires des enfants et augmente le risque d'obésité. L'OMS recommande de mieux encadrer ce marketing pour protéger leur santé. (29)

Influence des médecins

On a pu voir dans notre étude que l'influence des médecins a un rôle aussi déterminant que celui des parents dans la perception que l'enfant a de son poids. Cependant certains enfants trouvaient les explications des médecins très superficielles, ou difficiles à suivre en pratique.

Les thèses du Dr Ginet et des Drs Boujon et Balvay ont réalisés des travaux confirmant le rôle central du médecin dans l'accompagnement des familles. L'attitude du médecin et les messages qu'il véhicule influencent directement la manière dont l'enfant perçoit son poids. Une approche bienveillante et non culpabilisante peut ainsi favoriser une meilleure estime de soi chez l'enfant et le motiver à adopter des comportements sains.

Les deux études mettent en évidence plusieurs obstacles : les médecins hésitent à aborder le poids, craignant d'affecter l'enfant. Ils soulignent également le manque de formation sur les aspects psychologiques et comportementaux de l'obésité infantile et signalent un manque de ressources pour orienter les familles. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer leur formation, d'adopter une approche pluridisciplinaire et de fournir des ressources adaptées pour une meilleure prise en charge. (30)

L'article d'Élyanthe Nord souligne que les médecins jouent un rôle important pour aider les enfants en surpoids en identifiant précocement les signes de mal-être émotionnel liés à l'obésité et orienter les enfants vers des ressources adaptées. (31)

4. Stratégies et obstacles face au surpoids

Perception des efforts

Les régimes et les changements d'habitudes alimentaires provoquent chez l'enfant des frustrations et peuvent être vus comme des punitions.

De nombreux articles confirment que les régimes restrictifs peuvent entraîner des sentiments de frustration chez les enfants, qui peuvent nuire à leur bien-être mental et physique. (32) (33) Il est essentiel de fixer des objectifs réalisables sur le long terme pour les enfants. En effet, l'absence de résultats immédiats, malgré un régime restrictif, peut entraîner un découragement et un abandon de leurs efforts, comme le préconisent les auteurs du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente. (34)

Soutien familial et social

Les travaux de Lucie Lemelin, Frances Gallagher et Jeannie Haggerty, mettent en avant l'importance du soutien des parents et de l'entourage pour encourager les enfants aux bonnes habitudes de vie. Les encouragements positifs, ainsi qu'une bonne perception du poids de leurs enfants permettent un changement durable chez l'enfant. Les travaux soulignent également l'importance d'une bonne collaboration entre la famille et le médecin. (26)

Une étude, menée par plusieurs psychologues et sociologues, met en évidence le rôle crucial d'un environnement familial et social sain pour favoriser des habitudes de vie saines à long terme. Cette étude montre également qu'il est nécessaire de soutenir les parents dans leur rôle éducatif en permettant une collaboration entre professionnels de santé et familles. (35)

E. Forces et limites de l'étude

L'étude du ressenti des enfants lors des consultations sur le surpoids avec leur médecin généraliste reste peu explorée, bien qu'essentielle pour améliorer leur prise en charge psychologique. La méthode qualitative par entretiens semi-dirigés a permis de recueillir des témoignages libres et détaillés, en favorisant un climat de confiance, notamment grâce à des entretiens en face-à-face réalisés en cabinet ou à domicile.

Cependant, plusieurs biais ont été identifiés : un biais d'information lié à l'expérience limitée de l'enquêteur. Cependant, au fur et à mesure des entretiens, l'enquêteur a pu affiner sa technique d'entretien, améliorer sa capacité à poser des questions ouvertes, et apprendre à relancer les sujets pertinents tout en créant un environnement plus détendu et propice à l'échange. Cela a pu permettre de limiter ce biais initial.

Un biais de sélection dû au recrutement volontaire des participants (des enfants et parents déjà sensibles au sujet et au discours médical par exemple)

Et un biais d'interprétation, les enfants exprimant leurs ressentis avec des mots pouvant être perçus différemment selon leur âge et leur niveau d'éducation.

D'autres difficultés ont été rencontrées, notamment la capacité des plus jeunes à se souvenir précisément des événements, leur réticence à parler, leur attention parfois difficile à maintenir, ainsi que l'influence des parents lors des entretiens. Malgré ces limites, l'étude a permis de recueillir des données riches, mettant en lumière les perceptions des enfants sur leur poids et leur prise en charge médicale.

F. Recommandations et perspectives

Amélioration des pratiques médicales

Pour répondre aux besoins spécifiques des enfants en surpoids, il est essentiel d'améliorer la formation des professionnels de santé. Une attention particulière doit être portée à la communication adaptée, en utilisant un langage simple et des messages encourageants. (36) Les médecins devraient éviter les discours culpabilisants ou trop techniques qui peuvent décourager les enfants. Une meilleure sensibilisation à l'importance de l'aspect psychologique dans la prise en charge est également primordiale. Les professionnels doivent essayer de parler systématiquement du bien-être émotionnel des enfants. Cela permettra de mieux comprendre les freins individuels et d'ajuster leurs recommandations en conséquence. (37)

La thèse de Yan Poli vise à explorer le vécu et les représentations des enfants de la consultation de médecine générale et de leur santé, en vue d'optimiser les échanges patient-médecin. Sa thèse a conclu que l'accueil et l'accompagnement de l'enfant sont essentiels pour favoriser son estime de soi, en recentrant la consultation sur lui plutôt que sur la demande parentale. Les cabinets pédiatriques doivent être adaptés (décoration avec des couleurs, jouets, supports éducatifs) pour créer un environnement accueillant. Pendant la consultation, il est important de mettre l'enfant à l'aise, d'encourager son expression et d'aborder sa santé globale avec bienveillance. (38)

Collaboration interdisciplinaire et implication des familles

La prise en charge optimale du surpoids chez les enfants nécessite une approche pluridisciplinaire impliquant divers acteurs tels que médecins, psychologues, enseignants et familles. Selon la HAS, un dépistage précoce associé à une évaluation des habitudes de vie est essentiel pour une intervention efficace. (39) Des programmes éducatifs destinés aux parents sont également recommandés pour les aider à mieux comprendre les défis rencontrés par leurs enfants et à adapter leurs pratiques alimentaires et éducatives en conséquence. Par exemple, le programme « Moi, mon corps et mes envies » cible les enfants de 7 à 9 ans en surpoids ou à risque d'obésité, en impliquant les parents dans un cadre ludique et créatif. (40) Encourager les parents à participer activement à des ateliers ou à des séances

d'accompagnement renforcent la cohésion familiale et soutiennent l'enfant dans son parcours vers une meilleure santé. Des initiatives comme la « Mission : retrouve ton cap » offrent une prise en charge pluridisciplinaire précoce, entièrement remboursée, pour aider les enfants à adopter une hygiène de vie plus saine et équilibrée, tout en impliquant les familles dans le processus. (41) Ainsi, une collaboration étroite entre les différents intervenants et une implication active des parents sont fondamentales pour améliorer la prise en charge du surpoids chez l'enfant. L'ETP par exemple, est une approche centrée sur le patient, visant à permettre à l'enfant d'acquérir les compétences nécessaires pour gérer sa maladie chronique et améliorer sa qualité de vie. Les objectifs principaux sont les suivants : renforcer l'autonomie, favoriser l'adhésion aux soins, améliorer la qualité de vie. Les méthodes et outils de l'ETP incluent des entretiens individuels ou ateliers collectifs pour répondre aux besoins spécifiques, des supports pédagogiques adaptés (fiches, vidéos, jeux) et des activités pratiques comme des exercices, simulations ou retours d'expérience. En région Centre-Val de Loire, les centres hospitaliers de Blois, Châteauroux, Chartres et Orléans proposent des programmes d'éducation thérapeutique dédiés au surpoids et à l'obésité chez les enfants et adolescents, validés par l'Agence régionale de santé (ARS). (42) Une thèse a d'ailleurs été réalisée par le Dr Nouboug Mepo qui explore le ressenti des médecins généralistes sur le suivi des enfants en surpoids participant au programme d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Châteauroux, en mettant en avant les défis et l'importance de la collaboration interprofessionnelle. Les médecins interrogés expliquent que la continuité des soins après les ateliers d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Châteauroux n'était pas optimale. Cela en raison de consultations peu fréquentes des enfants, d'un manque d'information sur les ateliers ETP et d'une offre de soins inégale dans le département. (43)

La région Centre Val de Loire compte deux Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO), implantés à Orléans et à Tours, qui coordonnent les activités du réseau ObéCentre. Ce réseau se consacre au développement de parcours de santé sur mesure, à la formation des professionnels de santé et également à la sensibilisation et à l'éducation thérapeutique du public. (44)

Recherche future

La recherche doit approfondir notre compréhension des besoins des enfants en surpoids et de leur entourage. Il serait intéressant d'explorer l'impact des différences culturelles et socio-économiques sur la perception et la gestion du surpoids chez l'enfant. La recherche devrait développer des stratégies adaptées à ces différences pour rendre les interventions plus efficaces. Il serait également pertinent d'explorer les rôles différenciés des membres de la famille. Par exemple, les rôles des pères et des grands-parents, souvent moins étudiés, pourraient apporter des éclairages précieux sur les dynamiques familiales influençant le soutien apporté à l'enfant. Il serait également intéressant d'étudier les autres centres d'ETP de la région Centre.

Conclusion

Les enfants en surpoids vivent différemment les échanges avec leur médecin au sujet de leur poids, reflétant une variété de ressentis : pour certains, une souffrance psychologique profonde et un sentiment d'isolement ; pour d'autres, une forme de résignation ou de déni. Le poids est souvent associé à une douleur liée au regard social et aux remarques extérieures, rendant l'abord du sujet délicat mais essentiel. Cet échange avec le médecin peut jouer un rôle clé, à condition qu'il soit bienveillant, empathique et centré sur les besoins émotionnels de l'enfant. Une approche perçue comme trop technique ou culpabilisante risque de compromettre l'adhésion à la prise en charge.

Prendre en charge le surpoids et l'obésité des enfants ne peut se limiter à des recommandations hygiéno-diététiques. Il est nécessaire d'intégrer les dimensions psychologiques et sociales liées à leur vécu. Sensibiliser les médecins à ces aspects, renforcer leur formation et leur donner des outils pour aborder ces enjeux de manière adaptée est crucial. Une approche pluridisciplinaire, associant famille, enseignants et professionnels de santé, est essentielle pour créer un cadre de soutien global.

Cette étude rappelle l'importance de replacer l'enfant au centre de sa prise en charge, en tenant compte de son environnement et en construisant un dialogue thérapeutique positif. Face à la montée du surpoids et de l'obésité infantile, une approche plus humaine et globale est indispensable pour accompagner ces jeunes dans leur parcours vers un mieux-être durable.

Références bibliographiques

- (1) OMS. Surpoids et obésité : définitions [Internet]. World Health Organization; 2020 sept 16 [cité 2024 mai 8]. Disponible sur : https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/fr/
- (2) AFPA-CRESS, INSERM, CGM. Notice des nouvelles courbes de croissance AFPA-CRESS/INSERM/CGM 2018 [Internet]. [cité 2024 mai 8]. Disponible sur : <https://afpa.org/content/uploads/2018/03/Notice-des-nouvelles-courbes-de-croissance-AFPA-CRESS-INSERM-CGM-2018.pdf>
- (3) World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 déc 10 [cité 2024 mai 8]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/newsroom/fact-sheets/detail/obesity-andoverweight#:~:text=Pour%20l%27adulte%2C%20l%27,%C3%A9gal%20ou%20sup%C3%A9rieur%20%C3%A0%2030>
- (4) Poulain JP. Sociologie de l'obésité. Paris : Presses Universitaires de France; 2009.
- (5) Ameli.fr. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 2024 mai 8]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/assure/sante/themes/surpoids-obesite-enfant-adolescent/definition-causes#:~:text=Le%20surpoids%20et%20l'ob%C3%A9sit%C3%A9%20de%20l'enfant%20sont%20principalement,entra%C3%A9ne%20une%20augmentation%20du%20poids>
- (6) Académie nationale de médecine. [Internet]. [cité 2024 mai 8]. Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/03/P.1269-1280.pdf>
- (7) Programme nationale nutrition santé. 2019-2023 [cité 2024 mai 8]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
- (8) Ginet C. Difficultés de la réalisation de la prévention de l'obésité infantile en soins primaires [thèse]. 2010.
- (9) Devulder C. Quel est le vécu des enfants à risque d'obésité et de leur entourage dans l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap » dans le Nord Pas de Calais en 2019-2020 ? [Internet]. Lille : Université de Lille; 2020 [cité 2024 déc 3]. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM536.pdf
- (10) Pontier L. Ressenti de l'enfant obèse au moment du diagnostic et de la prise en charge [Internet]. Lyon : Université de Lyon; 2014 [cité 2024 déc 3]. Disponible sur : http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/PONTIER_laura.pdf
- (11) Guilbert V. Vécu et ressenti des adolescents en surpoids et obèses lors de l'abord de ce sujet en consultation de médecine générale [Internet]. Tours : Université de Tours; 2020 [cité 2024 déc 3]. Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2020_Medecine_GuilbertValentin.pdf

- (12) Chung AE, Perrin EM, Skinner AC. Accuracy of child and adolescent weight perceptions and their relationships to dieting and exercise behaviors: a NHANES study. *Acad Pediatr*. 2013;13(4):371-378. [cité 2024 nov 9]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23830022/>
- (13) Tommerup K, Smith AD, Evans EH, Croker H, Steptoe A, Tovee MJ, Fildes A, Llewellyn C. Acceptabilité et faisabilité de l'utilisation d'une échelle de taille corporelle en 3D pour initier des discussions sur le poids chez les tout-petits : une étude à méthodes mixtes. *Int J Obes (Lond)*.
- (14) Inpes. Impact des messages sanitaires dans les publicités alimentaires [Internet]. [cité 2024 sept 8]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/08/cp080204.asp>
- (15) Pelicand J, Doumont D. Quelles sont les représentations de l'alimentation et de l'obésité chez les parents et les enfants ? Série de dossiers techniques. Octobre 2005; réf. : 05-36.
- (16) Goodway J, Getchell C. Active Start: A Statement of Physical Activity Guidelines for Children from Birth to Age 5. Amer Alliance for Health Physical: National Association for Sport and Physical Education; 2009. 48 p.
- (17) Harriger JA, Thompson JK. Psychological consequences of obesity: weight bias and body image in overweight and obese youth. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(3):247-53.
- (18) Nogueira TF, Zambon MP. Reasons for non-adherence to obesity treatment in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;31(3):338-43.
- (19) Buttitta M, Iliescu C, Rousseau A, Guerrien A. Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Int J Pediatr Obes*. 2014;9(4):345-356. [cité 2024 déc 3]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24249217/>
- (20) Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Méta-synthèse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2015;63(3):183-191. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961715000355>
- (21) Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychol Bull*. 2007;133(4):557–80.
- (22) Quinart S. Activité physique chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse : contraintes, freins et perspectives. Marseille : CERON PACA; 2012. Disponible sur : <https://www.ceronpaca.fr/content/uploads/2021/09/Quinart-2012.-CS-AP-chez-lenfant-et-ladolescent-en-surpoids-ou-obese.pdf>
- (23) Fischler C. L'omnivore. Paris : Presses Universitaires de France; 2001. 440 p.
- (24) Franklin J, Denyer G, Steinbeck KS, Caterson ID, Hill AJ. Obesity and risk of low self-esteem: A statewide survey of Australian children. *Pediatrics*. 2006;118(6):2481–7.

- (25) Lebourgeois S. Représentations parentales du surpoids et de l'obésité de l'enfant et leur influence sur les stratégies de gestion du poids [thèse]. Bordeaux : Université de Bordeaux; 2022. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03847184>
- (26) Lemelin L, Gallagher F, Haggerty J. Représentations sociales parentales du poids et des habitudes de vie des enfants âgés de 4-5 ans. Recherche en soins infirmiers. 2013;58-71.
- (27) Grabovschi C. Les représentations sociales de l'alimentation chez l'enfant : Le rôle de l'âge et de l'appartenance culturelle. TrajEthos. 2013;31:1-21. Disponible sur : https://trajethos.ca/files/8814/2238/7291/GRABOVSKI_TrajEthos31.pdf
- (28) Jiotso Nguetsop B, Rocher B. L'influence des réseaux sociaux sur la perception de l'image corporelle et son implication dans les troubles du comportement alimentaire [thèse]. Nantes : Université de Nantes; 2020.
- (29) World Health Organization. Recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Résolution WHA63.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Genève : WHO; 2010.
- (30) Boujon L, Balvay C. Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02963785/document>
- (31) Nord É. Excès de poids chez les enfants : IMC, insatisfaction corporelle et dépression [Internet]. Le Médecin du Québec. 2024 [cité 2024 nov 26]. Disponible sur : <https://lemedecinduquebec.org/archives/2024/3/exces-de-poids-chez-les-enfants-imc-insatisfaction-corporelle-et-depression/>
- (32) De Larrard M. Enfants : affronter la frustration. Rev Projet [Internet]. 2018;6:49-53. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-projet-2018-6-page-49?lang=fr>
- (33) Assurance Maladie. Choisir une alimentation adaptée pour stabiliser le poids de l'enfant. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) [Internet]. 2023 mars 27. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/assure/sante/themes/surpoids-obesite-enfant-adolescent/choisir-alimentation-adaptee>
- (34) Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Malabar : Krieger Publication; 1994.
- (35) Cimon-Lambert K, Tremblay L, Côté D, Larivière M, Kosmerly S. Perceptions, attitudes et connaissances des parents d'enfant d'âge préscolaire au sujet de l'alimentation, de la santé, de l'obésité et de l'activité physique 2014;2(102):317-335. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2014-2-page-317?lang=fr&utm>
- (36) Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. Am Psychol. 2009;64(6):527–37.

- (37) Manus HE, Killeen MR. Maintenance of self-esteem by obese children. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 1995;8(1):17–27.
- (38) PON Y. Vécu et représentations d'enfants de 6 à 11 ans de leurs consultations chez le médecin généraliste et de leur santé [thèse]. Tours : Université de Tours; 2021 [cité le 22 janvier 2025].
- (39) Haute Autorité de Santé (HAS). Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e). Guide parcours de soins [Internet]. 2022 mars 2 [mis à jour 2023 avr 17]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e?utm
- (40) URPSML-HDF. Programme « Obésité de l'enfant » [Internet]. Disponible sur : <https://www.urpsml-hdf.fr/programme-obesite-de-lenfant/?utm>
- (41) CPTS Grenoble. Mission « Retrouve ton cap » : prévenir le surpoids chez les enfants [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://cptsgrenoble.fr/2024/10/09/mission-retrouve-ton-cap-prevenir-le-surpoids-chez-les-enfants/?utm>
- (42) Éducation thérapeutique | Les centres spécialisés obésité de la région Centre-Val de Loire [Internet]. [cité 17 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.obecentre.fr/espace-pro/education-therapeutique/>
- (43) Nouboug Mepo C. Programmes d'éducation thérapeutique sur le surpoids et l'obésité en région Centre-Val de Loire : état des lieux et perspectives [thèse]. Tours : Université de Tours; 2021 [cité le 17 déc. 2024]. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2021_Medecine_NoubougMepoChristelle.pdf
- (44) ObéCentre. Réseau de prise en charge de l'obésité en région Centre-Val de Loire [Internet]. Disponible sur : <https://www.obecentre.fr>

ANNEXES :

A. Formulaires d'information et de consentement

Formulaire d'information pour les parents à la recherche intitulée :

Titre : Ressenti et vécu des enfants en surpoids et obésité âgés entre 5 et 11 ans lors de l'abord de leur poids par le médecin généraliste dans la région Centre-Val de Loire

Organisme responsable de la recherche :

Université de Tours

Département de médecine générale

10 Bd Tonnellé, 37032 Tours

02 47 36 60 04

Promoteur de la recherche :

Dr Pascale Renaud Brivet

Docteur en médecine générale

45550 Saint-Denis-de-l'Hôtel

Investigateur coordonnateur :

Hanane Miali

Interne de médecine générale

Université de Tours, Département de médecine générale

Mail du délégué de la protection des données de l'université de Tours : dpo@univ-tours.fr

Avant de confirmer votre participation à ce projet de recherche, nous vous prions de bien vouloir lire attentivement les informations ci-dessous. Ces détails vous éclairent sur l'objectif de cette recherche, ses modalités, ses avantages ainsi que les risques et les inconvénients. Nous vous encourageons à poser toutes les questions qui pourraient vous venir à l'esprit à la

personne qui vous présente ce document. Si vous décidez de prendre part à cette étude, signer le formulaire de consentement puis le remettre à l'investigateur s'il vous plaît.

Votre décision de faire participer votre enfant est totalement libre et volontaire.

Quels sont les objectifs de la recherche ?

L'objectif principal de la recherche est d'explorer le vécu et le ressenti des enfants en surpoids et en obésité lors de l'abord du poids par le médecin généraliste. A la suite de l'entretien avec votre enfant, cela aidera le médecin à connaître les aprioris ou non de votre enfant et ainsi d'aborder la question du poids de manière la plus adaptée possible.

La recherche se déroulera comment ?

Votre médecin généraliste vous propose de participer à la recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Après avoir reçu les informations écrites et orales, vous garderez cette feuille d'information. Si l'étude vous intéresse, vous pouvez laisser vos coordonnées à votre médecin. Selon vos préférences vous pouvez être contacté par mail ou par téléphone.

Le professionnel de santé contactera ensuite Mme Hanane MIALI. Elle vous appellera pour convenir d'une date de rencontre afin de signer un formulaire de consentement et pour tout compléments d'informations.

Concernant l'entretien, il peut se dérouler en Visio ou chez vous. Je poserai des questions à votre enfant et vous pourrez être présent durant tout l'entretien.

Qui est concerné par l'étude ?

Tous les enfants de 6 à 11 ans en surpoids ou obèse peuvent participer à l'étude

Quel est la durée de l'entretien ?

Il n'y aura qu'un seul entretien qui durera environ une trentaine de minutes. L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone, puis sera retranscrit. Une copie vous sera envoyée par mail ou par lettre.

Quels sont les bénéfices attendus de cette étude ?

Concernant votre enfant : il n'y a pas de bénéfice personnel.

Concernant la collectivité : connaître le ressenti des enfants sur le sujet du poids peut permettre d'adapter au mieux l'abord et la prise en charge du poids par le médecin généraliste.

Quels sont les risques de participer à cette étude ?

Lors de l'entretien, il est possible de découvrir une souffrance psychologique de votre enfant. Si vous n'êtes pas présents lors de l'échange, on vous informera de la situation à la fin de l'entretien.

Droit de retrait et confidentialité

Vous avez la possibilité de retirer votre enfant à n'importe quel moment de l'étude sans justification à donner. Votre enfant peut également décider d'arrêter à tout moment l'entretien.

L'investigateur de l'étude ainsi les professionnels travaillant dans l'étude sont tenus au secret professionnel. Seules les informations utiles à l'étude seront collectées dans une base de données sécurisée.

La participation est anonyme, le nom et prénom seront cachés lors de la retranscription

Qui puis-je contacter en cas de problème ou de question ?

Vous pouvez contacter par mail Mme Hanane Miali (hanane.miali@etu.univ-tours.fr) à tout moment de l'étude.

Formulaire d'information pour les enfants à la recherche intitulée :

Titre : Ressenti et vécu des enfants en surpoids et obésité âgés entre 5 et 11 ans lors de l'abord de leur poids par le médecin généraliste dans la région Centre-Val de Loire

Je travaille sur le surpoids et l'obésité chez les enfants

C'est pour qui ?

Je vais poser des questions aux enfant en surpoids

Pourquoi ?

Pour savoir ce que tu ressens quand le médecin parle de ton poids pendant la consultation

Comment ?

Je vais te poser quelques questions et tu y réponds si tu en as envie

Es-tu d'accord ?



Formulaire de consentement destiné aux détenteurs de l'autorité parentale

Nous soussignons :

Détenteur de l'autorité parentale 1 (nom, prénom) :

Détenteur de l'autorité parentale 2 (nom, prénom) :

Déclarons que madame Hanane MIALI, interne en médecine générale, a proposé de faire participer notre enfant à une recherche dont elle est investigatrice sur « Ressenti et vécu des enfants en surpoids et obésité âgés entre 5 et 11 ans lors de l'abord de leur poids par le médecin généraliste dans la région Centre-Val de Loire »

Après avoir reçu toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt, les contraintes et les risques éventuels de cette étude, ainsi que les attentes de participation, et en tenant compte des informations qui m'ont été transmises :

- Je suis libre ainsi que mon enfant de refuser ou de décider à tout moment de la participation de mon enfant sans avoir à me justifier.
- Je peux obtenir des informations complémentaires à tout moment auprès du médecin investigateur.
- L'investigateur a le droit d'interrompre ma participation à l'étude s'il le juge bénéfique pour moi.
- Cette étude est menée en conformité avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Aspects réglementaires et éthiques :

Conformément à l'article L1121-4 du code de la santé publique, les modalités de cette recherche ont été soumises à un Comité de Protection des Personnes (CPP), qui a pour mission de vérifier les conditions requises pour la protection et le respect des droits des participants. Un résumé de la recherche et l'avis rendu par le CPP seront transmis à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatisé de mes données personnelles de santé sera mis en œuvre, conformément aux dispositions législatives et réglementaires relatives à la protection des données personnelles. Ces données seront pseudonymisées et conservées tout au long de la recherche, puis archivées pendant 15 ans par le Service central des archives du Promoteur, avant leur destruction.

Je peux également introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle et de protection des données personnelles (CNIL pour la France).

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre notre décision, nous acceptons librement et volontairement que notre enfant participe à la recherche.

Fait à le Signature du détenteur de l'autorité parentale 1 :

Fait à le Signature du détenteur de l'autorité parentale 2 :

Fait à le Signature de l'investigateur :

Fait en deux exemplaires : l'un conservé par les responsables légaux, un conservé par l'investigateur. Note d'information conservée par les responsables légaux.

B. GUIDE D'ENTRETIEN

Se présenter et rappeler le contexte et l'objectif de l'étude

1. Caractéristique de l'enfant	J'aimerais que tu me parles un peu de toi pour qu'on puisse faire mieux connaissance : - Classe, fratrie, position dans la famille - Activité extrascolaire (sport, musique, ou une autre activité ?
2. Le surpoids et l'obésité	- Sais-tu ce que cela veut dire ? - Pour toi, à quoi est dû le surpoids et l'obésité ? - Que manges-tu dans la journée ? Par exemple hier.
3. Diagnostic	- Qui t'a fait la remarque la première fois sur ton poids ? - Comment as-tu réagi quand on te l'a annoncé ?
4. Médecin traitant	- Qui t'a fait la remarque la première fois sur ton poids ? Ta réaction - Est-ce que le médecin a déjà parlé de ton poids ? Comment as-tu réagi quand on te l'a annoncé ? - Si oui, qu'as-tu ressenti lorsque le médecin t'a parlé de surpoids / d'obésité en consultation ? - Est ce que le médecin a expliqué à quoi cela est dû et comment perdre du poids ? - A-t-il parlé des conséquences du surpoids ? - Est ce que cela te dérange quand le médecin te parle de ton poids alors que tu viens pour autre chose (donner exemple mal de gorge) ? - Aurais tu voulu qu'il aborde ton poids autrement ? Si la réponse est oui, demandez comment
5. Société	- As-tu des amis à l'école ? Cela se passe bien avec tes camarades pendant la récréation ? - Est-ce que tu es content d'aller à l'école et de retrouver tes camarades ? Si la réponse est non, demander pourquoi - Est-ce que tu te trouves différent des gens de ton âge
6. Vécu et souffrance	- Est-ce que tu trouves qu'on parle beaucoup de ton poids ? Qui t'en parle le plus souvent ? - Quel terme on utilise le plus pour parler de ton poids ? (à l'école, à la maison, chez le médecin) ? - As-tu déjà été triste par rapport à ton poids ? (Demander les circonstances) ? Est-ce que cela t'atteint toujours ?

C. NOUVEAU GUIDE D'ENTRETIEN

1. Questions générales sur l'enfant	J'aimerais que tu me parles un peu de toi pour qu'on puisse faire mieux connaissance. - Classe, fratrie, position dans la famille - Activité extrascolaire (sport, musique, ou une autre activité ?
2. Le surpoids et l'obésité	- Sais-tu ce que cela veut dire ? - Pour toi, à quoi est dû le surpoids et l'obésité ? - Que manges-tu dans la journée ? Par exemple hier.
3. Ressenti par rapport aux visites médicales	- Est-ce que tu as déjà parlé de ta santé ou de ton corps avec ton docteur ? - Comment tu te sens quand il ou elle te parle de ça ? - Est-ce que le docteur t'a déjà donné des conseils sur la façon de rester en forme ? - Si oui, est-ce que tu te souviens de certains conseils ? - a-t-il parlé des conséquences du surpoids ? - Quand tu vas chez le docteur pour quelque chose, comme un mal de gorge par exemple, est-ce que tu aimes qu'il ou elle te parle aussi d'autres choses pour t'aider à rester en bonne santé - Est-ce que tu préfères qu'on parle uniquement du problème pour lequel tu es venu(e) ?
4. Relations avec les autres à l'école	- Est-ce que tu as des amis à l'école avec qui tu joues ? - Comment ça se passe avec tes camarades ? - Es-tu content(e) de venir à l'école pour retrouver tes amis ? - Est-ce qu'il y a des moments où tu préfères rester à la maison ? - Comment tu te sens par rapport aux autres enfants
5. Vécu et Bien-être	- Est-ce qu'on te parle souvent de ta santé ou de ton corps ? - Si oui, qui en parle le plus souvent avec toi ? - Quel terme on utilise le plus pour parler de ton poids ? (à l'école, à la maison, chez le médecin) ? Chez le médecin t'aurait préféré qu'on utilise quel terme ? - Est-ce qu'il y a des moments où tu as ressenti de la tristesse par rapport à ton corps ou à ta santé ? - Si oui, dans quelles circonstances ? - Est-ce que tu te sens bien dans ton corps aujourd'hui ou est-ce que ces remarques t'atteignent ?

D. Grille COREQ

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur : Mme Miali Hanane
2. Titres académiques : interne de médecine générale, médecin généraliste non thésé
3. Activités : stages dans le cadre du DES médecine générale, remplacements en médecine générale
4. Genre : féminin
5. Expérience et formation : Novice, 1e expérience de recherche qualitative

Relation avec les participants

6. Relation antérieure entre enquêteur et participants ? Non
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur: la thématique de la recherche, objectifs et modalité de réalisation de la recherche
8. Caractéristiques de l'enquêteur : intérêt par curiosité, Absence de conflit d'intérêt

Domaine 2 : conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie : analyse inspirée par théorisation ancrée

Sélection des participants

10. Échantillonnage : échantillonnage à variation maximale
11. Prise de contact : par le biais des médecins généraliste, l'enquêteur les contacte ensuite par mail ou téléphone selon les convenances des participants
12. Taille de l'échantillon : défini par la suffisance des données, 10 participants
13. Non-participation : nombre de refus = 3 ; Motif : ont changé d'avis, non disponible pour entretien

Contexte

14. Cadre de la collecte de données : au domicile des familles, ou en cabinet médical

15. Présence de non participants : parents, frères et sœurs

16. Description de l'échantillon : tableau résumé en annexe (tableau 1)

Recueil des données

17. Guide d'entretien : Le guide d'entretien a été élaboré par l'auteur, validé par le directeur de thèse. Il n'a pas été testé au préalable

18. Entretiens répétés : non

19. Enregistrement audio/visuel : audio sur dictaphone

20. Cahier de terrain : notes de terrain écrites après l'entretien

21. Durée : entre 20 et 40 minutes

22. Seuil de saturation : Abordé par l'investigateur

23. Retour des retranscriptions : non

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données : 2

25. Description de l'arbre de codage : oui

26. Détermination des thèmes : déterminés à partir des données

27. Logiciel : N Vivo

28. Vérification par les participants : non

Rédaction

29. Citations présentées : Oui, chaque citation était associée au numéro de l'entretien correspondant

30. Cohérence des données et des résultats : Oui cf. table des propriétés en annexe

31. Clarté des thèmes principaux : oui

32. Clarté des thèmes secondaires : oui

E. Grille guide de normes de rapport de recherche qualitative : Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)

No.	Topic	Item
Title and abstract		
S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended
S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions
Introduction		
S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement
S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions
Methods		
S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale ^a
S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability
S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale ^a
S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale ^b
S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues
S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale ^b
S11	Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study
S12	Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)
S13	Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts
S14	Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale ^b
S15	Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale ^b
Results/findings		
S16	Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory
S17	Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings
Discussion		
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field
S19	Limitations	Trustworthiness and limitations of findings
Other		
S20	Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed
S21	Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting

^aThe authors created the SRQR by searching the literature to identify guidelines, reporting standards, and critical appraisal criteria for qualitative research; reviewing the reference lists of retrieved sources; and contacting experts to gain feedback. The SRQR aims to improve the transparency of all aspects of qualitative research by providing clear standards for reporting qualitative research.

^bThe rationale should briefly discuss the justification for choosing that theory, approach, method, or technique rather than other options available, the assumptions and limitations implicit in those choices, and how those choices influence study conclusions and transferability. As appropriate, the rationale for several items might

F. Avis comité éthique



GRUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Pascale RENAUD BRIVET / Hanane MIALI

Titre du projet de recherche : Ressenti et vécu des enfants en surpoids et obésité âgés entre 5 et 11 ans lors de l'abord de leur poids par le médecin généraliste dans la région centre-val de Loire

N° du projet : 2024 025

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

☒ **FAVORABLE**

☐ **DÉFAVORABLE**

☐ **SURSIS A STATUER**

☐ **DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2024 025

A Tours, le 29/05/2024

Dr Thomas Léonard
Président du Groupe Ethique Clinique

G. Table des propriétés

Concepts et propriétés	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Compréhension surpoids et obésité										
Définition	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cause	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Conséquence	X		X	X	X					X
Influence de l'entourage sur la compréhension	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x
Vécu du surpoids et de l'obésité										
Souffrance psychologique et émotionnelle	X		X	X			X	X		X
Isolement et repli sur soi				X			X			X
Acceptation et indifférence		X		X		X			X	
Manque de contrôle			X		X		X			
Discours du médecin										
Lassitude du médecin					X				X	
Peur de vexer ou heurter		X	X				X			
Manque de temps et communication superficielle							X	X		
Négligence dimension psychologique				X	X			X	X	

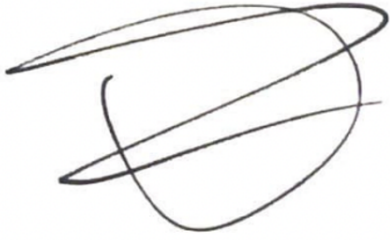
La légitimité du discours médical	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Freins de l'enfant										
Peur d'aborder le sujet					X		X		X	X
Honte face aux parents			X		X	X		X		
Appréhension de devoir modifier habitudes				X			X			X
Peur de l'échec				X	X	X				
Remarques répétitives			X	X		X	X	X		
Regard social										
Impact important pour l'enfant	X			X	X					X
Harcèlement et stigmatisation		X	X	X	X					X
Regard familial : entre soutien et reproche			X		X					X
Influence médias				X			X		X	
Adaptations comportementales		X				X			X	
Chemin de la perte de poids										
Prise de conscience				X		X	X		X	
Motivation				X						X
Soutien familial et social			X	X	X	X	X			X
Accompagnement médical				X		X	X			
Bénéfices et moments de réussite	X					X				X

H. Verbatims

Toutes les retranscriptions anonymisées sont disponibles en lecture seule à l'aide de ce lien :

https://docs.google.com/document/d/1OMU77om9piDrjPBatSJB8DOiwStTIAMQ4CqOCHtVaNo/edit?usp=share_link

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in dark ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the left.

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

MIALI Hanane

69 pages – 4 tableaux – 8 annexes

Résumé :

Titre : Ressenti et vécu des enfants en surpoids et obésité âgés entre 6 et 11 ans lors de l'abord de leur poids par le médecin généraliste dans la région Centre-Val de Loire **Introduction :** L'Organisation Mondiale de la Santé considère le surpoids et l'obésité comme une épidémie, affectant également la population pédiatrique et devenant une priorité pour les institutions de santé. Le médecin généraliste a donc un rôle crucial dans l'abord et la prise en charge du surpoids chez les enfants. **Objectif :** L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu et ressenti des enfants en surpoids et/ ou obèse lors de l'abord du poids par le Médecin généraliste. **Méthode :** Une approche qualitative a été utilisée, impliquant des entretiens semi-dirigés avec 10 enfants âgés de 6 à 11 ans, présentant un surpoids ou une obésité, en région Centre. **Résultat :** Les enfants interrogés expriment une souffrance liée au surpoids, notamment face au regard social et aux remarques extérieures. Cette souffrance varie selon les individus et s'accompagne souvent d'un sentiment d'isolement ou d'une difficulté à participer à des activités collectives. L'échange avec le médecin sur ce sujet est perçu comme important, mais l'efficacité de cet échange dépend de la manière dont le médecin aborde la question. Un discours perçu comme distant, culpabilisant ou trop technique peut décourager les enfants et compromettre leur engagement dans une prise en charge. À l'inverse, un accompagnement bienveillant et empathique peut les aider à mieux gérer leur poids tout en favorisant leur bien-être émotionnel. **Conclusion :** Cette étude souligne l'importance d'une communication bienveillante et d'un accompagnement pluridisciplinaire. Les médecins doivent intégrer les dimensions psychologiques et sociales du surpoids pour établir un dialogue motivant, tout en impliquant la famille pour une prise en charge optimale.

Mots clés : enfants, surpoids, obésité, ressenti, vécu

Jury :

Président du Jury : Professeur Delphine MITANCHEZ

Directeur de thèse : Docteur Pascale RENAUD BRIVET

Membres du Jury : Docteur Thomas GARGOT
 Docteur Karine BERNARDO

Date de soutenance : 01 avril 2025