



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**CREATION D'UN LIVRET PEDAGOGIQUE DESTINE AUX ENFANTS
PREADOLESCENTS EN SURPOIDS.**

Présentée et soutenue publiquement le 31 Mars 2014 à 18h00

au Pôle Formation de la Faculté

Par Antoine MILLEQUANT

Jury

Président : Monsieur le Professeur D. TURK

Assesseurs : Madame le Professeur M. ROMON-ROUSSEAUX

Monsieur le Professeur J-M. LEFEBVRE

Directeur de Thèse : Madame le Docteur C. STEVENARD

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 09 |
| CONTEXTE DE L'ETUDE..... | 11 |
| I. DEFINITIONS..... | 12 |
| 1. Surpoids et Obésité..... | 12 |
| 2. Education Thérapeutique..... | 13 |
| II. PREVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE..... | 14 |
| 1. En France..... | 14 |
| 2. Dans le Monde..... | 14 |
| III. ACTIONS COLLECTIVES..... | 15 |
| 1. Le Plan National Nutrition Santé (PNNS)..... | 15 |
| 2. L'étude Fleurbaix-Laventie..... | 16 |
| 3. Le programme EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité de l'Enfant)..... | 16 |
| 4. Les Réseaux de soins..... | 16 |
| IV. OBJECTIFS DU TRAVAIL DE THESE..... | 17 |
| METHODE..... | 19 |
| I. OBJECTIFS..... | 20 |
| 1. Objectif Principal..... | 20 |
| 2. Objectifs Secondaires..... | 20 |
| II. LA METHODE QUALITATIVE..... | 20 |
| III. LES ENTRETIENS LIBRES..... | 21 |
| IV. FOCUS GROUPS..... | 22 |
| V. ENTRETIENS ANNEXES..... | 22 |
| VI. POPULATION CIBLE..... | 23 |
| 1. Entretiens Libres..... | 23 |
| 2. Focus Group..... | 23 |
| 3. Entretiens Annexes..... | 24 |
| VII. DEROULEMENT DES ENTRETIENS..... | 25 |
| 1. Entretiens Libres..... | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 2. Focus Groups..... | 25 |
| 3. Entretiens..... | |
| Annexes..... | 26 |
| VIII. TRAITEMENT DES DONNEES..... | 26 |
| IX. CRITERES DE SCIENTIFICITE..... | 27 |
| 1. Triangulation des méthodes..... | 27 |
| 2. Triangulation des chercheurs..... | 27 |
| 3. Saturation des données..... | 28 |
| 4. Rétroaction..... | 28 |
| 5. Confrontation aux données de la littérature..... | 28 |
| RESULTATS..... | 29 |
| I. PROFIL DES PARTICIPANTS..... | 30 |
| 1. Profil des participants aux entretiens individuels..... | 30 |
| 2. Profil des participants aux Focus Groups..... | 31 |
| II. ENREGISTREMENTS..... | 32 |
| III. ANALYSE..... | 32 |
| 1. Population Cible du Document..... | 32 |
| 2. La Motivation..... | 34 |
| 3. But du livret..... | 36 |
| 4. Les Prérequis..... | 38 |
| 5. Les Thèmes..... | 40 |
| 6. Le Message..... | 41 |
| 7. Le Lieu..... | 50 |
| 8. La Forme..... | 53 |
| 9. Les Outils..... | 55 |
| 10. Les Freins..... | 58 |
| 11. Les Pièges..... | 63 |
| 12. La Représentation au sein du livret..... | 64 |
| DISCUSSION..... | 69 |
| I. LIMITES ET BIAIS..... | 70 |
| 1. L'habileté de l'enquêteur à mener l'enquête..... | 70 |
| 2. La perte du non verbal..... | 70 |
| II. LES FORCES DE L'ETUDE..... | 71 |
| 1. Intérêt du travail qualitatif..... | 71 |
| 2. Respect des critères de scientificité..... | 71 |
| III. LES APPORTS DE L'ETUDE..... | 72 |
| 1. Confirmation du public cible..... | 72 |

| | |
|---|-----------|
| 2. Détermination du lieu d'usage..... | 73 |
| 3. Définition de la forme du document..... | 73 |
| 4. Choix des thèmes à aborder..... | 74 |
| 5. Définition des conditions d'utilisation..... | 75 |
| 6. Pistes de mise en image..... | 77 |
| IV. PISTES DE REFLEXION..... | 77 |
| 1. La Réalisation concrète du livret – Un travail à poursuivre..... | 77 |
| 2. La nécessité d'un travail pluridisciplinaire..... | 78 |
| 3. L'indispensable évaluation par les patients..... | 78 |
| 4. Vers un ouvrage grand public ?..... | 78 |
| CONCLUSION..... | 79 |
| REFERENCES..... | 81 |
| ANNEXES..... | 86 |
| Annexe 1 - Enregistrements et retranscriptions des entretiens..... | 87 |
| Annexe 2 - Tableau d'analyse des verbatim..... | 94 |
| Annexe 3 - Proposition d'un plan pour le livret..... | 94 |
| Annexe 4 - Propositions de design des personnages..... | 95 |
| Annexe 5 – Propositions de jeux éducatifs..... | 98 |

INTRODUCTION

Le surpoids de l'enfant est un sujet complexe. D'origine multifactorielle, rarement abordé par les parents ou encore moins par les enfants eux-mêmes, pas toujours facile à amener dans une consultation pour le médecin, il constitue un enjeu important de la prise en charge pédiatrique en médecine générale. L'objectif de ce travail de thèse est de poser les bases de la création d'un outil pédagogique pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des enfants préadolescents (8-12 ans) en surpoids. Pour cela, il a été décidé de recueillir à l'aide d'entretiens libres et de Focus Groups les souhaits des médecins afin de leur proposer un outil en adéquation avec leurs pratiques.

CONTEXTE DE L'ETUDE

Dans un premier temps, il est nécessaire de repréciser le contexte afin de mieux comprendre les objectifs qui en découlent. Cela passe par le rappel de certaines définitions (Surpoids, Obésité, Education Thérapeutique), le rappel des notions de prévalence ainsi qu'un tour d'horizon des mesures et structures déjà existantes en ce qui concerne le surpoids et l'obésité de l'enfant préadolescent.

I. DEFINITIONS

Il convient avant toute chose de redéfinir certaines notions afin de bien resituer le problème du surpoids de l'enfant.

1. Surpoids et Obésité

Pour la définition du Surpoids et de l'Obésité, l'HAS (Haute Autorité de Santé) s'appuie sur deux normes ^[1], ^[2].

Toutes deux reposent sur le calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporel), ou indice de Quetelet, selon la formule : (Poids (Kg)) / (Taille (m) au carré). A partir de ce résultat sont tracées les courbes de corpulence.

- La Norme Française

Nous la retrouvons au travers des courbes dans le carnet de santé. Celles-ci sont téléchargeables sur le site du ministère de la santé ^[3]. Nous considérons qu'il y a surpoids lorsque la courbe de l'enfant est supérieure au 97ème percentile.

- La Norme de l'International Obesity Task Force (IOTF) ^[4]

Selon cette norme, il y a surpoids lorsque l'IMC est supérieur au 25ème percentile, obésité quand celui-ci est supérieur au 30ème percentile. Ces normes figurent également sur les courbes de corpulence éditées par le ministère de la santé.

2. Education Thérapeutique

L'éducation thérapeutique est une pratique qui se développe depuis plus de vingt-ans en Europe ^[5]. Elle consiste en la formation des patients pour les rendre acteurs de leur prise en charge et autonomes.

En 1996, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a donné une définition de l'éducation thérapeutique qui tient lieu de référence ^[6] :

« L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

Les principes de cette définition ont été repris dans les recommandations de l'HAS publiées en 2007 ^[7] ainsi que dans la loi Hôpital Santé Territoire du 21 Juillet 2009 ^[8] qui donne un cadre juridique à cette pratique et l'organise sous forme de formation collective. Le but de l'éducation thérapeutique est donc de travailler en synergie avec le patient. Le médecin généraliste est un élément important de cette action de par sa proximité ^[9]. Les changements de comportement des patients sont favorisés par l'apprentissage ^[10]. Des programmes adaptés aux enfants ont été mis en place, notamment concernant l'asthme et le diabète ^[11] et existent pour la thématique du surpoids.

II. PREVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE

1. En France ^[1]

Selon les chiffres de la dernière étude ObePi 2012, la prévalence de l'obésité dans la population générale est de 15%. Ce taux était de 14,5% lors de la précédente enquête, réalisée trois ans plus tôt ^[12]. Les chiffres montrent donc une stabilisation du nombre de sujets atteints dans la population générale ^[13]. Dans cette étude, le Nord-Pas-de-Calais est la région la plus touchée de France avec un taux de 21,3%. Concernant la population pédiatrique, plusieurs études publiées en 2009 montrent une stabilisation de la prévalence du surpoids chez les 6-15 ans ^[14] avec la même évolution quel que soit le groupe social (Population avantagée 14,3% en 2006 contre 13,6% en 2001 / Population désavantagée 18,2% en 2006 contre 18,9% en 2001). La tendance était la même pour les 7-9 ans (15,8% dont 2,8% d'obésité en 2008 contre 18,1% dont 3,8% d'obésité en 2000) ^[15].

2. Dans le Monde

Les données récentes semblent montrer une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans l'ensemble des pays occidentaux y compris les Etats-Unis ou la prévalence n'a pas augmentée entre 2003 et 2008 ^[16] avec des taux restants très élevés : 31,7 % des enfants de 2 à 19 ans seraient en surpoids.

Concernant les pays ayant eu un accès plus tardif au mode d'alimentation occidental, l'exemple de la Chine montre que les taux d'obésité tendent à augmenter pour se rapprocher de ceux de l'occident ^[17].

A noter que le site de l'International Obesity Task Force (IAOTF) propose une carte du monde mettant en exergue la prévalence de l'obésité à travers le monde ^[18].

III. ACTIONS COLLECTIVES

Le plus important est de pouvoir prévenir la survenue du surpoids^[19] et de le dépister le plus rapidement possible. Pour cela une mesure du poids de l'enfant régulière par le médecin généraliste est nécessaire afin de tracer les courbes de corpulence et ainsi repérer un rebond précoce d'adiposité (Augmentation de l'IMC avant six ans ; l'âge du rebond étant défini par l'âge auquel l'IMC est le plus bas avant cette augmentation.). D'autant que les conséquences du surpoids sur l'état de santé peuvent intervenir dès le plus jeune âge^[20].

En parallèle à ce suivi individuel, de nombreuses actions collectives de prévention et d'éducation ont été mises en place.

1. Le Plan National Nutrition Santé (PNNS)

Instauré en 2001, le Plan National Nutrition Santé a pour but de limiter la consommation d'aliments présentant un risque pour la santé des individus au profit d'aliments sains et de promouvoir une bonne hygiène de vie^[21]. Initialement prévu pour cinq ans, il a été prolongé à deux reprises en 2006 puis 2010.

Son action vise le grand public par un grand nombre d'outils de communication : Campagne d'affichage, flyers (par exemple: « 3 produits laitiers par jour ? Vive la variété ! »), guides, spots publicitaires, site internet...

Parmi les guides, le livret « La santé vient en mangeant et en bougeant »^[22] est édité à destination des parents. Il leur explique la nutrition des enfants et adolescents ainsi que l'importance de l'activité physique.

Le site internet « manger-bouger.fr »^[23], propose conseils alimentaires, menus interactifs, recettes de cuisine...

Concernant la prévalence du surpoids de l'enfant, l'objectif du PNNS 2011-2015 est

de la diminuer de 15% chez les enfants de 3 à 17 ans ^[24].

2. L'étude Fleurbaix-Laventie

Cette étude, débutée en 1992, s'est déroulée sur douze ans dans les villes de Fleurbaix et Laventie (Pas-de-Calais). Elle a eu pour but d'étudier l'impact d'une éducation alimentaire et d'une stratégie de promotion de la santé sur une communauté. Les résultats de l'étude montrent une diminution de la prévalence du surpoids chez les enfants ayant suivi le programme ^[25].

De nombreux autres axes de recherche ont été explorés, étudiant notamment la relation entre les données anthropométriques des parents et de leurs enfants montrant surtout une corrélation mère-enfant ^[26].

3. Le programme EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité de l'Enfant)

Le programme EPODE fait suite à l'étude Fleurbaix-Laventie. Débuté en 2004 dans dix villes de France, dont la plus grande est Roubaix, ce programme avait pour but de proposer des actions de proximité conforme aux objectifs du PNNS afin d'aider les familles à modifier leur mode de vie ^[27]. Il s'est par la suite étendu à d'autres villes de France puis d'Europe et même hors d'Europe ^{[28], [29], [30]}. Le programme « Vivons en forme » (VIF) lui a succédé et concerne environ 250 communes. ^[31]

4. Les Réseaux de soins

Afin de regrouper les ressources et proposer aux patients des programmes d'éducation thérapeutique pluridisciplinaires (diététique, activité physique adaptée...) adaptés à leurs pathologies, des réseaux de soins ont vu le jour. Leur rôle est également de faire le pont entre la ville et l'hôpital dans une optique de coordination de soins.

- **Les RéPPOPs** (Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique)

Mis en place en 2003, ils ciblent précisément les enfants de 2 à 18 ans et leurs familles. En 2011, ils étaient au nombre de dix recensés par la HAS ^[32] et coordonnés au niveau national par la CN RéPPOP (Coordination Nationale RéPPOP) depuis 2006. Les premiers résultats montrent des résultats encourageant avec dans 80 % des cas une stabilisation voire une amélioration de l'IMC ^[33].

- **Le réseau OSEAN** (Obésité Sévère de l'Enfant et de l'Adulte en Nord-Pas-de-Calais) ^[34].

Crée en 2006, le réseau OSEAN est un regroupement de professionnels de santé travaillant sur la problématique de l'obésité dans la région Nord-Pas-de-Calais. Il est promu par l'association REST'O (Regroupement pour l'Education, le Suivi et le Traitement de l'Obésité) ^[35]. Ses objectifs ^[36] comprennent: la prise en charge des patients atteints d'obésité sévère (adultes et enfants), des actions de prévention et de coordination au niveau régional, des formations adaptées aux différents professionnels impliqués.

IV. OBJECTIFS DU TRAVAIL DE THESE

Au sein de ces missions de prévention et d'éducation, le médecin de famille a un rôle central. En tant qu'intervenant de premier recours, il est l'interlocuteur privilégié des familles. Cette position doit aider au dépistage précoce de l'obésité. Ce rôle central face à l'obésité infantile a été réaffirmé par le Plan Obésité 2010-2013 ^[37] qui se fixe comme premier objectif de renforcer les actions de communication auprès des généralistes français.

Concernant le suivi des enfants en surpoids, la prise en charge de l'obésité est une prise en charge complexe de par sa dimension cognitivo-comportementale.

Le but de ce travail de thèse est d'apporter à ces médecins un nouvel outil, complémentaire à ceux déjà existants, sous la forme d'un livret pédagogique destinés aux enfants préadolescents (tranche d'âge 8-12ans).

Le livret pédagogique, veut impliquer directement l'enfant et de renforcer son adhésion aux changements de mode de vie qui lui sont demandés.

Pour permettre la réalisation de ce livret, une étude a été réalisée auprès de professionnels de santé travaillant au contact des enfants en surpoids afin de déterminer au mieux leurs attentes en termes de contenu et de forme.

METHODE

I. OBJECTIFS

1. Objectif Principal

L'objectif principal de cette étude est de dégager les attentes des professionnels de santé à l'égard de l'outil pédagogique à créer. Ces attentes comprennent aussi bien l'âge cible que le contenu ou la forme que celui-ci doit prendre.

2. Objectifs Secondaires

- Evaluer l'intérêt des professionnels de santé pour le projet.
- Dégager des idées concrètes pour le contenu (idées de jeux...)
- Faire ressortir les écueils à éviter dans la réalisation de l'outil.
- Préparer la suite du travail par la rencontre de spécialistes de l'édition

II. LA METHODE QUALITATIVE

L'objectif de ce travail de recherche étant de cibler les attentes des médecins généralistes et des autres professionnels de santé travaillant dans le domaine du surpoids de l'enfant, il s'est rapidement posé la question de la méthodologie à employer la plus à même de retranscrire les idées exprimées.

Par rapport à la méthode quantitative dont le but est de quantifier les données obtenues par questionnaire pour obtenir des statistiques, la méthode qualitative propose de retranscrire les propos tenus lors d'entretiens et de les classer par thèmes ou verbatim. Ainsi classés, une analyse de ces données est possible. Celles-ci sont recueillies jusqu'à arriver à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à arriver au point où aucune idée neuve correspondant aux objectifs ne ressort.

En raison du thème de l'étude, notre choix s'est porté sur une approche qualitative.

En effet, il ne s'agissait pas de valider une hypothèse mais bien d'obtenir un maximum d'idées touchant aussi bien les sujets à aborder dans le livret pédagogique que les moyens de le faire ou la forme qu'il doit prendre. C'est donc par le tri et l'analyse de ces idées que sont nées les hypothèses de l'étude. Il s'agit donc d'une méthode de théorisation ancrée. Ce choix de méthodologie tient également de la volonté de ne pas introduire d'a priori au départ de l'étude ce qu'implique forcément la rédaction d'un questionnaire.

Enfin, dans le cas d'une méthode qualitative, le recueil progressif de données permet une réévaluation permanente et, le cas échéant, une modification de la méthodologie initialement établie (par exemple dans le cas de cette étude l'adjonction de focus groups au protocole d'entretiens initialement établi).

III. LES ENTRETIENS LIBRES

Concernant la méthode à employer pour conduire les entretiens, plusieurs choix étaient possibles :

- **La réalisation d'entretiens structurés ou directifs.** C'est-à-dire la réalisation d'entretiens suivant un canevas très précis afin de répondre à une série de questions fermées. Cette méthode laisse peu de liberté aux intervenants. Elle limite également le risque de digression.
- **La réalisation d'entretiens semi-structurés ou semi-directifs,** c'est-à-dire d'entretiens reposant sur un canevas de questions ouvertes définissant les grands thèmes à aborder. Cette méthode permet de structurer les entretiens tout en laissant une marge de manœuvre aux intervenants.
- **La réalisation d'entretiens libres ou ouverts.** Les entretiens reposent sur un thème général et ne comportent pas de questions. Les intervenants sont libres. Il y a

un risque de digression.

L'objectif étant ne pas introduire d'idées préconçues dans la conduite des entretiens, il a été décidé de réaliser des entretiens libres. Le but était de préserver au maximum la richesse et la diversité des réponses nées de l'expérience des différents intervenants.

IV. FOCUS GROUPS

Les Focus Groups sont des tables rondes articulées autour d'un thème. Ils permettent un recueil de données très riche et rapide car ils incluent plusieurs intervenants et permettent l'échange au sein du groupe. De cet échange peuvent alors naître de nouvelles idées.

L'intégralité du débat est enregistrée et analysée. Chaque idée, même minoritaire est prise en compte lors de l'analyse, c'est pourquoi la participation de chacun des participants est importante.

Dans le cadre de ce travail, il a été décidé de réaliser deux Focus Groups à la suite des entretiens libres afin de compléter et enrichir le recueil.

V. ENTRETIENS ANNEXES

Dès le départ, l'objectif étant d'arriver à la conception d'un document concret, il a été décidé de compléter le travail de recherche par deux entretiens qui ne seraient pas inclus dans l'étude mais prépareraient le travail ultérieur. Ces entretiens ont été réalisés auprès de professionnels travaillant dans le milieu de l'édition en rapport avec l'enfance.

VI. POPULATION CIBLE

1. Entretiens Libres

Afin d'obtenir le plus possible d'idées différentes, nous avons interrogé des médecins généralistes mais aussi des pédiatres et un pédopsychiatre. Compte tenu de la méthode employée, l'échantillon n'avait pas besoin d'être statistiquement représentatif. Seules comptaient les idées et la diversité d'expérience. C'est la variation maximale.

Les médecins généralistes ont été recrutés parmi les médecins généralistes enseignants de l'université catholique via une mailing liste. Le recrutement final se faisait sur la base du volontariat et la disponibilité pour la réalisation de l'entretien. Ce recrutement comprend des médecins au mode d'exercice rural (2), semi-rural (3) et urbain (2).

Les pédiatres ont été contactés par téléphone ou mail parmi les pédiatres enseignants et chefs de service travaillant sur le surpoids de l'enfant. Tous trois ont un mode d'exercice hospitalier (Hôpital Jeanne de Flandres, Hôpital Saint Vincent de Paul, Centre hospitalier de Dunkerque)

Le pédopsychiatre a été sollicité directement pour sa participation à des réunions de concertation pluridisciplinaires hospitalières sur le thème de l'obésité de l'enfant.

2. Focus Group

Le recrutement pour les deux Focus Group a été réalisé de manière différente.

Pour le premier Focus Group nous avons convié des médecins généralistes et pédiatres enseignants. D'autres médecins libéraux (généralistes et pédiatres), tirés au sort dans l'annuaire parmi les médecins ayant une proximité suffisante pour participer au Focus Group, ont été contactés mais aucun d'entre eux n'a pu se

libérer. Afin d'enrichir le débat avec un regard extérieur au milieu médical, une professeure des écoles a également été invitée à participer.

La directrice de ce travail de thèse y a participé.

Le second Focus Group a été réalisé dans les locaux d'une association de prévention et d'éducation thérapeutique travaillant à l'élaboration d'un programme destiné aux enfants de 8 à 12 ans en surpoids. Chacun des employés de l'association était invité de manière libre au débat en fonction de ses horaires de travail et de sa disponibilité. Plusieurs infirmières, une diététicienne, une psychologue et un médecin généraliste y ont participé.

Cette différence de recrutement pour la réalisation des Focus Groups a permis d'enrichir au maximum le débat.

3. Entretiens Annexes

Comme expliqué précédemment, ces entretiens se voulaient complémentaires à l'étude. Il s'agissait d'interviewer des professionnels travaillant dans le milieu de l'édition à destination des enfants.

Ont donc été interviewés :

Un professeur d'histoire spécialisé dans la rédaction de manuels scolaires, y compris pour le primaire, qui a accepté de partager son expérience concernant les techniques de rédaction adaptées à l'âge cible et les méthodes de mise en page.

Un dessinateur professionnel travaillant sur des bandes dessinées pédagogiques dans un journal local. Cet entretien a abordé le choix du style graphique pour les enfants et les techniques de traitement de l'image.

VII. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

1. Entretien Libres

Les entretiens ont été enregistrés sur les lieux d'exercice des différents participants. Ils se sont déroulés de Mars à Juillet 2012.

Le rendez-vous avait été pris et confirmé par mail ou téléphone selon la préférence des participants.

Avant le début de chaque entretien l'objectif et le thème général du travail de thèse étaient réexpliqués. L'enregistrement par dictaphone était également précisé. L'anonymat était préservé.

Une seule question était posée au cours de chaque entretien: Celle de la pertinence pour le participant de la réalisation de ce travail et de son utilité pour sa pratique.

Pour le reste de l'entretien, les interventions du chercheur étaient limitées au strict minimum. Le plus souvent celles-ci étaient sollicitées par l'interviewé afin de redéfinir les limites du sujet.

Il n'y avait pas de durée cible, la durée de l'entretien était définie par les réponses de l'interviewé. Les entretiens présentent une durée allant de 4 minutes environ à 20 minutes.

Le compte rendu de l'un des entretiens n'est que parcellaire car celui-ci a dû être interrompu à plusieurs reprises. Ces interruptions sont précisées dans la retranscription.

2. Focus Groups

Les deux Focus Groups durent respectivement 1h12 et 53 minutes. Là encore, il n'y avait pas de durée cible mais celle-ci était dépendante de l'évolution des débats.

Le premier Focus Group s'est déroulé dans les locaux de la Faculté Libre de Médecine. Il a été animé par un généraliste enseignant. Un canevas avait préalablement été établi à partir de l'analyse des entretiens individuels. Il s'est déroulé en Août 2012.

Le second Focus Group a été organisé dans les locaux de l'association PREVAL à Coudekerque-Branche en Octobre 2012. Il a été animé par la directrice de thèse en suivant le même canevas que dans le premier Focus Group et en réintroduisant certaines idées pour alimenter le débat. Comme pour les entretiens individuels, les participants étaient prévenus de l'enregistrement du débat et du caractère anonyme des données. Ils étaient d'ailleurs invités à prendre un pseudo pour le temps du débat.

3. Entretiens Annexes

Ceux-ci se sont déroulés au domicile des participants au printemps 2012. Ils ont été enregistrés avec leur accord et sont anonymes.

VIII. TRAITEMENT DES DONNEES

Les entretiens individuels et Focus Group ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone Philips Voice Tracer LFH0625[®], muni du logiciel ClearVoice[®], sous le format mp3.

A partir de ces fichiers audio (présents intégralement sur le CD joint, cf Annexes), les entretiens ont été intégralement retranscrits en format texte (également présents sur le CD joint) avec le logiciel de traitement de texte Microsoft Works[®]. Pour les entretiens individuels, il a été décidé de nommer les intervenants par une lettre majuscule de l'alphabet de A à K par ordre chronologique.

Pour les Focus Group, les intervenants étaient nommés FGx. x étant la première

lettre du pseudo qu'ils s'étaient choisis.

Pour les entretiens annexes, les intervenants ont été nommés X1 et X2 bien que ceux-ci n'interviennent pas dans l'analyse.

Les tics de langage étaient conservés de même que les silences, représentés dans le texte par: (...). Dans le cas où plusieurs personnes s'exprimaient simultanément, il a été décidé de signaler la seconde personne entre parenthèse de manière à donner la priorité à la personne s'étant exprimée la première.

La durée moyenne de retranscription était d'environ une heure pour sept minutes d'entretien. Une fois obtenu les entretiens sous format Works, ceux-ci étaient analysés et traités par thèmes (ou verbatim) dans un tableau commun créé avec le logiciel LibreOffice[®]. Douze thèmes ont été retenus, représentés par douze colonnes. Chaque ligne de chacune des colonnes représente une idée exprimée. Certaines idées étant transversales, elles peuvent se retrouver dans plusieurs colonnes.

IX. CRITERES DE SCIENTIFICITE

1. Triangulation des méthodes

Deux méthodes de recueil de données ont été utilisées, celle des entretiens libres et celle des Focus Group, afin d'obtenir un plus grand nombre d'idées, renforçant ainsi la validité des résultats.

2. Triangulation des chercheurs

L'analyse des données et leur codage ont été vérifiés par un second chercheur. Cela permet d'éviter un classement subjectif des différentes idées obtenues lors des entretiens.

3. Saturation des données

La réalisation des entretiens s'arrête lorsque plus aucune idée neuve n'émerge. C'est dans le but de le vérifier qu'a été réalisé le second Focus Group. La diversité de professions des participants évite d'obtenir une saturation factice.

4. Rétroaction

La rétroaction est la relecture des entretiens après retranscription par les participants. Elle leur permet de corriger une idée mal exprimée ou de préciser certains éléments. La rétroaction a été effectuée pour les Focus Groups.

5. Confrontation aux données de la littérature

Afin de ne pas obtenir de résultats faussés par une analyse erronée, ceux-ci ont été comparés aux recommandations éditées par l'HAS.

RESULTATS

I. PROFIL DES PARTICIPANTS

1. Profil des participants aux entretiens individuels

| NOM | PROFESSION | TYPE D'EXERCICE |
|------------|---------------------|-----------------------------|
| A | Médecin Généraliste | Liberal - Milieu Rural |
| B | Médecin Généraliste | Libéral - Milieu Semi-rural |
| C | Pédiatre | Hospitalier |
| D | Pédiatre | Hospitalier |
| E | Médecin Généraliste | Liberal - Semi-rural |
| F | Médecin Généraliste | Liberal - Rural |
| G | Médecin Généraliste | Libéral - Urbain |
| H | Médecin Généraliste | Libéral - Urbain |
| I | Pédopsychiatre | Hospitalier |
| J | Pédiatre | Hospitalier |
| K | Médecin Généraliste | Libéral - Milieu Semi-rural |

2. Profil des participants aux Focus Groups

| NOM | PROFESSION | MODE D'EXERCICE |
|------------|------------------------------|------------------------|
| FGcn | Médecin Généraliste | Libéral - Urbain |
| FGju | Médecin Généraliste | Libéral - Urbain |
| FGcl | Pédiatre | Hospitalier |
| FGch | Nutritionniste / Psychiatre | Hospitalier |
| FGbe | Médecin Généraliste | Libéral - Urbain |
| FGpa | Enseignante de CM2 | Urbain |
| FGis | Médecin Généraliste | Libéral - Semi-rural |
| FGje | Médecin Généraliste | Libéral - Urbain |
| FGan | Interne en Médecine Générale | Stage en Association |
| FGst | Psychologue | Association |
| FGmp | Infirmière | Association |
| FGmo | Infirmière | Association |
| FGel | Diététicienne | Association |
| FGco | Médecin Généraliste | Libéral - Semi-rural |

II. ENREGISTREMENTS

Cf. Annexes

III. ANALYSE

Comme expliqué précédemment, les entretiens individuels et les Focus Group ont tous été inclus dans la même analyse. Les entretiens annexes ne sont pas concernés par l'analyse.

1. Population Cible du Document

1.1 Age cible

La première problématique concernait la tranche d'âge cible du document. La majorité des participants s'accordaient sur la proposition de cibler le document pour les enfants de 8 à 12 ans.

- **FGbe**: « une période qui n'est pas encore explorée. »
- **FGis**: « Donner des habitudes à l'enfant avant l'adolescence »
- **FGel**: « C'est un bon créneau 8-12 en fait »
 - « Ils s'intéressent tous aux même documents. »
- **FGan**: « Alors que 8-12 ans ils sont relativement éveillés et intéressés. »
- **FGmp**: « Avant 8 ans ils sont pas forcément intéressés (...) après 12 ans bein c'est plus la puberté. » »
- **G**: « Ils sont déjà plus sensibles à leur corps à cet âge là. »
- **I**: « Période où au niveau de l'évolution psychique les choses sont relativement stables. »
- **J**: « L'âge où on est dans un système éducatif. »

Certains participants nuançaient la tranche d'âge pour l'orienter plutôt vers 8-11 ans.

- **FGcl**: « Peut-être que 8-11 ans serait plus adapté. »
- **FGpa**: « Ca rejoint d'ailleurs le cycle scolaire. Le cycle 3. (...) CE2-6^{ème}. »

L'âge de douze ans revenait comme âge supérieur maximum possible

- **H**: « Douze ans c'est déjà un ado. »
- **E**: « Il est jamais trop tard pour changer mais quand on a 12 ans changer c'est pas facile. »
- **F**: « Après, à l'adolescence, c'est complètement différent. »
- **FGcl**: « Douze c'est vraiment limite je pense. »
- **FGmo**: « Pas vouloir se prendre en charge quand ils sont plus grand. »

Certains enfin se posaient la question de l'intérêt des enfants pour ce type de document.

- **B**: « Entre 8 et 12 ans bon... bof, c'est pas quelque chose qui le préoccupe. »

1.2 A qui destiner le livret ?

Concernant la cible du document, se posait également la question de savoir s'il serait destiné à tous les enfants ou aux seuls enfants en surpoids.

- **FGju**: « L'objectif du document c'est de sensibiliser ou c'est déjà pour être donné à des enfants qui sont motivé ? »
- **FGpa**: « Ils sont déjà repérés ? »
- **FGst**: « Il faut que ça soit décidé à l'avance. C'est-à-dire quelle cible de population. »

L'autre question concernait le fait d'adresser le livret à l'enfant directement.

- **FGje**: « C'est destiné qu'aux enfants. »
- **FGcn**: « Il existe déjà des documents à donner aux parents. »
- **FGje**: « Dans les bas âges on s'adresse aux parents (...) quand on arrive dans la

tranche 8-12 on peut commencer à s'adresser à l'enfant. »

- **FGel**: « Le livret enfants 8-12 ans et à côté le livret pour les accompagnants. »

- **C**: « Un document comme ça on peut facilement le donner; demander à l'enfant de le lire, aux parents de lui expliquer. »

1.3 Cibler en fonction du lieu ?

Plusieurs participants mettaient en exergue les différences socioculturelles en fonction des bassins de vie.

- **FGch**: « C'est vrai que c'est dans les milieux précaires qu'on retrouve le plus d'obésité. »

« Dans le Dunkerquois où je travaille on est vraiment au top du top au niveau obésité. »

- **B**: « On est dans la région des Flandres. Donc la perception de l'obésité est plus délicate. »

- **G**: « Faire ça aussi en fonction des régions. »

2. La Motivation

Concernant la problématique de la motivation de l'enfant, deux catégories pouvaient être distinguées. Celle liée à des facteurs intrinsèques et celle liées à des facteurs extrinsèques.

2.1 Facteurs intrinsèques

Par facteur intrinsèques on entend les éléments qui viennent de l'enfant (volonté de changement, conscience de son corps...)

- **FGpa**: « Pour certains enfants ça pourrait aussi être une prise de conscience. »

- **FGcl**: « A la demande des enfants. »

- **FGst**: « C'est pour le sport. C'est ça qui les gêne. »

« Les garçons (...) c'est plus le sport qui les pousse à vouloir perdre du poids.

Les filles ça commence déjà à être plus autre chose. »

- **G**: « Il y a des remarques, des questions. »

2.2 Facteurs extrinsèques

L'un des facteurs principaux est l'influence du groupe sur l'enfant, le plus souvent sous la forme de moqueries:

- **FGcl**: « Qui peut très bien être victime de moqueries à l'école. »

« Le gamin on se fiche de lui. »

- **FGpa**: « Se sentent un peu mis à l'écart peut être, ou montrés du doigt. »

« Si on est mal vu dans la classe pour son problème de poids. »

- **K**: « Quelques fois ça peut être les remarques pas très sympa des copains. »

L'autre facteur important est la volonté des parents de prendre leurs enfants en charge. C'est alors eux qui constituent la motivation de l'enfant.

- **FGcl**: « A la demande des parents »

- **F**: « Ils viennent toujours avec leurs parents »

- **K**: « C'est plutôt les parents qui trouvent que leur gamin est peut être un petit peu trop gros. »

- **FGju**: Ce sont les copains qui font qu'on continue. »

Enfin la motivation extérieure peut être celle provoquée par le suivi médical.

- **FGcl**: « A la demande du médecin traitant. »

- **C**: « Parce que c'est le docteur qui te l'a dit. »

- **K**: « Le médecin, ou l'institutrice, ou le médecin scolaire qui a alerté sur l'obésité. »

2.3 Absence de motivation

A contrario nous pouvons souligner une absence fréquente de motivation.

- **B**: « Les autres consultations n'on pas été honorées. Parce que l'enfant voulait pas. »
- **K**: « Il est dans sa peau et à priori il se trouve bien dans sa peau. »
« On a rarement la démarche qui vient de l'enfant. »
- **FGju**: « Au bout d'un moment il en aura assez. »

3. But du livret

Lors des entretiens et des Focus Groups, plusieurs buts au livret ressortaient. Ces objectifs se voulaient complémentaires les uns aux autres.

3.1 Sensibilise.

Le premier but à ressortir était celui de sensibiliser les enfants au problème du surpoids et de l'alimentation.

- **FGju**: « L'objectif de ce document c'est de sensibiliser (...) ? »
- **FGpa**: « Pour certains enfants ça pourrait aussi être une prise de conscience. »
- **FGmo**: « Il prenne donc conscience un petit peu de sa problématique. »
- **B**: « Bien lui expliquer les problématiques qui peuvent se poser. »

3.2 Expliquer

L'efficacité du livret passe par l'explication de ce qu'est le surpoids, du fonctionnement du corps, les raisons de la prise en charge...

- **FGcl**: « Un document de support pour l'enfant pour lui faire comprendre. »
- **FGje**: « Expliquer comment ça fonctionne. »
- **FGel**: « Expliquer déjà ce qu'est le surpoids. »
- **A**: « Il faut savoir aussi expliquer à l'enfant (...) pourquoi on fait ça. »

- **B:** « Pourquoi on a envie de changer quelque chose pour lui. »
- **C:** « Je pense que c'est toujours pertinent d'expliquer. »
- **F:** « Cibler le pourquoi du surpoids. »

3.3 Etablir une Relation de Confiance

L'un des éléments important pour les participants était d'utiliser le livret comme point de départ pour établir un dialogue avec l'enfant en discutant avec lui autour du contenu.

- **FGbe:** « Est-ce qu'on mise sur l'accompagnement ? »
- **FGje:** « Un professionnel de santé qui va lui parler » et s'« intéresser à lui. »
 « C'est vraiment l'occasion qu'on a d'avoir un dialogue (...) d'entamer un dialogue et une relation de confiance avec le gamin. »
 « On établit une relation de confiance avec lui qui va pouvoir déboucher sur d'autres choses après. »
- **FGju:** « Ca peut créer une discussion avec ou le médecin ou l'intervenant. »
- **FGis:** « Il faut une alliance. »
- **I:** « L'intérêt d'un accompagnement c'est une implication. »
 « Les supports qui peuvent enrichir le contact humain.. »
- **J:** « Partenariat avec l'enfant. »

3.4 L'Hygiène de Vie

Un autre objectif était d'aider l'enfant à prendre les bonnes habitudes, à avoir une hygiène de vie correcte.

- **FGis:** « Donner des habitudes à l'enfant avant l'adolescence. »
- **FGcl:** « L'idéal serait tout de suite de mettre en place « de bonnes habitudes. » »
- **FGch:** « Sans parler de régime mais des habitudes. »
- **FGje:** « C'est la règle de vie, l'hygiène de vie et accepter d'être un obèse actif. »

- **A:** « Au niveau de l'alimentation respecter les règles d'usage. »
- **B:** « C'est un âge où les enfants doivent prendre des habitudes alimentaires et d'activité physique. »
 - « L'amener à changer son mode de vie. »
- **H:** « Changer les coutumes alimentaires. »

3.5 Donner des Petits Moyens

Ces petits moyens sont des conseils concrets, des astuces, immédiatement utilisables par l'enfant dans la vie de tous les jours. De nombreux exemples ont été donnés.

- **FGbe:** « Refaire la liste des aliments ordinaires et extraordinaires. »
 - « L'écoute de son corps »
- **FGcl:** « Le piège de la publicité. »
 - « Promener le chien »
 - « Poser sa fourchette. »
- **FGmo:** « Donner beaucoup d'exemples concrets. »
- **FGel:** « Savoir différencier un produit laitier d'une crème dessert. »
- **C:** « C'est des conseils qu'on peut donner. »
- **H:** « Donner des repères »

4. Les Prérequis

Au cours des discussions, plusieurs éléments indispensables à la mise en place du travail ressortaient.

4.1 S'adapter à l'âge cible

La volonté est de ne pas perdre de vue que le discours doit être adapté à la tranche d'âge visée par le document. Il s'agit d'adapter le vocabulaire médical et scientifique

à celui des enfants.

- **A:** « Avec les mots choisis. »
- **B:** « Il faut le retranscrire dans le langage de l'enfant. »
- **D:** « Accessible aux enfants. »
- **J:** Utiliser des mots simples, des mots qui ont trait à leur vie quotidienne. »
- **H:** « Il faut que tu parles le langage des enfants si tu veux toucher les enfants. »
- **I:** « Adapté aux capacités de lecture. »

4.2 L'alliance avec les parents

Il apparaît impossible d'effectuer un travail pédagogique de ce type sans s'assurer de la collaboration des parents

- **FGju:** « Tout le monde était partenaire. »
- **FGcn:** « Faire lire le livre par les parents. »
- **A:** « Les conseils que l'on va donner à l'enfant ça doit aussi s'appliquer (...) aux parents. »
« Expliquer aux parents. »
- **B:** « Il faut que les parents soient derrière pour les aider. »
« Les parents sont des éléments essentiels de cette prise en charge. »
- **E:** « Le surpoids de l'enfant c'est une thérapie familiale. »
- **J:** « L'important c'est justement que les parents soient sensibilisés et qu'ils soient un peu guidés. »
- **FGmo:** « En parallèle on s'occupera aussi des parents. »
- **FGst:** « Il faut que ça puisse faire le lien avec les parents. »

L'absence de lien avec les parents présente quand à elle un risque.

- **FGju:** « S'adresser à lui sans s'adresser à ses parents (...) me semble extrêmement dangereux. »
- **FGel:** « Ca peut être vexant aussi pour les parents. »

4.3 Privilégier la simplicité

Des idées simples plutôt que de longs paragraphes pour faciliter la lecture et l'adhésion de l'enfant.

- **D:** « Expliquer... mais d'une façon simple. »
« Il ne faut pas faire des documents trop longs. »
- **F:** « En étant très, très, simple. »
- **J:** « Il faut pas que ce soit un cours non plus hein. Il faut des messages simples. »
- **FGch:** « Pas trop de texte. »

5. Les Thèmes

Les grands thèmes principaux à aborder dans le livret étaient au nombre de quatre. Ceux-ci sont traités plus en détail dans le paragraphe concernant le message.

5.1 L'Alimentation

- **FGcl:** « Une diététique équilibrée. »
- **FGch:** « Un des premiers thèmes c'est l'alimentation »
- **C:** « La prise en charge nutritionnelle. »
- **G:** « Il faut mettre le paquet sur les erreurs alimentaires. »
- **H:** « Les coutumes alimentaires. »

5.2 L'Activité physique

- **FGju:** « J'aime beaucoup insister sur l'activité physique. »
- **FGch:** « C'est bouger quoi. »
- **FGmo:** « La fameuse activité physique ou la sédentarité aussi ça dépend. »
- **A:** « Favoriser au maximum l'activité ou les activités physiques. »
- **E:** « La seule chose qui pour moi est importante c'est de le faire bouger. »
- **F:** « L'activité sportive. »

5.3 Le Bien-être

- **FGcl:** « Avant tout s'amuser. »
- **FGel:** « On peut aborder aussi le côté bien-être. »
- **A:** « Etre bien dans son corps. »

5.4 La Publicité

- **FGcl:** « Le piège de la publicité. »
- **FGju:** « Un espèce de chapitre sur les publicités. »
- **G:** « Avoir une action sur la publicité. »

6. Le Message

Le principal sujet des discussions était le message à faire passer.

6.1 La Qualité du Message

Premier élément, la forme que devait prendre le message. Comme cité précédemment, celui-ci était voulu le plus clair possible: Simple, bref et adapté à l'âge (Cf. paragraphes 4.1 et 4.3.)

6.2 Les causes du surpoids

Réexpliquer à l'enfant comment apparaît le surpoids.

FGis: « La sédentarité. »

FGel: « Un lien entre l'alimentation et après ce qui se passe si il y a des dérives on arrive au surpoids. »

FGst: « Expliquer déjà ce qu'est le surpoids, à partir de quand on parle de surpoids, les causes possibles, pour dire qu'il y a plein de causes possibles, que c'est pas forcément parce qu'on mange trop que ça peut être aussi le manque d'activité physique, que ça peut être l'hérédité, que ça peut être manger quand on a pas faim. »

A: « Il y a toujours une surveillance entrées/sorties. Entrées c'est-ce que je vais manger. Sorties c'est-ce que je vais dépenser. »

F: « Cibler le pourquoi du surpoids. »

Préciser aussi la notion d'hérédité comme facteur favorisant sur lequel nous ne pouvons pas agir et qu'il va donc falloir compenser.

FGcl: « Il y a pas que manger mal et puis pas bouger, il y a avant tout l'hérédité. »

FGch: « La génétique. »

C: « C'est leur constitution, c'est comme ça et ça va être pour toute leur vie comme ça. Et que dès qu'ils vont dérailler ça va recommencer. »

« L'obésité c'est injuste. »

6.3 Comment et quand manger ?

Les intervenants s'accordaient à dire que la prise en charge revenait à retrouver une alimentation équilibrée.

FGcl: « Il est juste question de manger normalement. »

FGch: « Il fallait surtout parler d'équilibre alimentaire. »

FGel: « A adapter comme une balance. A chaque fois que je fais autant d'activité physique j'en prends autant. »

FGco: « C'est pas parce qu'on a un poids normal qu'on ne doit pas faire attention à

son alimentation. »

A: « Il faut vraiment veiller à la qualité et non pas à la quantité ingérée. »

« Au niveau alimentaire, respecter les règles d'usage. »

G: « Il faut mettre le paquet sur les erreurs alimentaires. »

L'exclusion de la notion de régime au sens restrictif du terme était également retrouvée.

FGcl: « Il est pas question de régime. »

« Il n'y a pas de régime. On ne doit pas prononcer ce mot. »

FGcn: « Régime ça veut dire interdiction. »

FGch: « Il n'est aucunement question de parler de régime. »

FGco: « Pas faire l'interdit au niveau alimentaire. »

Les conditions du repas étaient précisées : un repas dans le calme, à table, sans la télévision

FGst: « Au niveau des règles de table (...) comment c'est, ça se passe un bon repas à table: Chacun mange la même chose à table. »

« Ils mangent séparément devant la télé »

La notion de grignotage doit elle aussi figurer dans le document.

FGis: « Le grignotage ça nous aide pas, le sport ça nous aide. »

FGmo: « Par rapport à la notion de grignotage aussi peut être ? Un enfant qui reste chez lui, il aura tendance à manger tout le temps. »

« Ces enfants qui passent leur temps à manger parce qu'ils s'ennuient en fait. »

D: « Il y a certaines circonstances où on a plus tendance à se faire plaisir en mangeant quelque chose. »

I: « On retrouve beaucoup ce phénomène de grignotage devant un écran. »

K: « Si on a le droit de grignoter entre les repas qu'est-ce qu'on peut s'autoriser à grignoter. »

Apprendre à savoir faire la différence entre la faim et l'envie de manger

FGcl: « Est-ce que c'est une envie ou est-ce que c'est vraiment de la faim ? »

« Apprendre à être à l'écoute de son corps. »

FGbe: « Est-ce qu'il repère son appétit et sa satiété ? »

FGel: « Des explications sur la faim mais très faciles. Du genre quand j'ai trop mangé, c'est que je me sens lourd. »

Insister aussi sur l'importance des règles d'hygiène de vie.

FGje: « Il faut qu'ils déjeunent surtout. »

C: « Les besoins de sommeil, la façon de s'alimenter, la télévision, la déstructuration des repas. »

« C'est une hygiène de vie entre guillemets qui va durer tout le temps quoi. »

E: « Manger à table, éteindre la télé. »

H: « Il faut pas qu'ils se resservent. »

Passer par l'apprentissage des différents groupes d'aliments.

FGel: « Qu'ils apprennent à reconnaître les groupes alimentaires. »

« Le terme des féculents et les quantités de pains (...) Ils mettent pas de légumes dans leur assiette donc ils mangent des féculents, féculents, des féculents. »

6.4 Quoi manger ?

Pas d'interdit alimentaire dans le livret.

FGcl: « On va pas lui interdire le chocolat. »

FGbe: « Il n'y a pas de restriction. »

FGel: « Pas leur dire que c'est interdit mais montrer que c'est pas forcément nécessaire. »

F: « Je pense qu'il faut pas être interdit. »

Conserver la notion de plaisir de manger tout en gardant à l'esprit que les aliments plaisirs ne doivent pas être la base de l'alimentation au quotidien.

FGcl: « Les petits plaisirs de temps en temps. (...) mais on fait pas des petits plaisirs matin, midi, goûter et soir et puis entre deux tout le temps aussi.»

FGbe: « On va faire la différence entre un aliment ordinaire et un aliment extraordinaire. »

Faire la liste des aliments extraordinaires, c'est-à-dire des aliments plaisir à limiter:

FGcl: « Les chips »

FGpa: « Les biscuits apéritif »

FGis: « Le saucisson, les charcuteries, les sauces. »

FGch: « Les sodas. »

FGel: « Qu'ils reconnaissent les aliments qui appartiennent pas aux groupes alimentaires (...) les biscuits, les gâteaux. »

A: « Eviter absolument les boissons sucrées (...) il ne faut pas banaliser non plus les friandises, les gâteaux, les biscuits »

H: « Le Coca c'est la boisson du week-end. »

K: « Les sodas ou des choses comme ça. Les bonbons, les chips, les cacahouètes. »

Donner des conseils pratiques

FGst: « Au goûter, qu'est-ce qu'il peut faire. »

A: « 5 fruits et légumes par jour. »

H: « Donner des repères simples. »

K: « Quel dessert sympa on peut avoir à la fin d'un repas. »

Proposer des exemples d'équivalences:

FGch: « La notion de calories vides. »

FGcl: « Un paquet de chips égal un verre d'huile. »

F: « Un verre de Coca égale 10 sucres. »

« Montrer ce que ça correspond en petites plaquettes de sucre. »

K: « Les aliments riches en calories ou riches en graisses et en sucres cachés. »

6.5 Bouger

FGju: « A partir du moment où il y a une pratique et un goût pour l'activité physique on a lancé beaucoup de choses. »

FGis: « Sans activité physique on reprend de toute façon le poids. »

A: « Favoriser au maximum l'activité ou les activités physiques. »

E: « La seule chose qui pour moi est importante c'est le faire bouger. »

« La normalité c'est pas une heure par semaine ou de faire du sport à l'école.

Ca c'est pas normal, c'est pas suffisant. »

F: « L'activité sportive je pense que c'est la première chose que les enfants comprennent. »

La notion d'activité physique n'implique pas forcément la pratique d'un sport.

FGcl: « Il faut pas être obsédé par sport, sport, sport. Non c'est avant tout s'amuser. »

« On fera jamais faire du sport à quelqu'un qui n'aime pas ce sport. »

FGpa: « Pas forcément s'inscrire dans un club de sport. »

FGch: « Le sport ça passera pas. »

« Il faut pas forcément aller dans un club de sport. »

FGst: « L'activité physique c'est pas forcément jouer au foot ou au basket, ça peut être aussi marcher, aller à l'école en marchant, faire du vélo, monter les escaliers... »

E: « Pas forcément aller s'inscrire à un club. »

K: « Il faut pas lui demander de faire du sport. Ca servirait à rien. »

Donner des exemples de sport accessibles aux personnes en surpoids.

FGje: « Il y a des sports qui peuvent être valorisants pour un costaud. Comme les sports de lutte, les sports de judo où il va être valorisé parce que justement il est probablement plus fort. »

F: « Faire un sport en club si ils aiment bien. »

K: « Ca peut être l'athlétisme, ça peut être la lutte, ça peut le judo. »

Donner des exemples d'activité physique faciles à réaliser.

FGpa: « Aller courir au bout du jardin. » »

FGcl: « Tout les soirs aller promener le chien. »

« Si on habite au sixième étage, faire les deux premiers étages à pied. »

FGch: « Dans les quartiers les gamins ils prennent un ballon, ils bougent. »

FGel: « « Je monte les escaliers au lieu de prendre l'ascenseur » ou des petites choses de tous les jours, de la vie quotidienne qu'ils peuvent appliquer. »

A: « Faire du vélo, de la trottinette, du patin à roulettes, de la randonnée. »

E: « Essayer de lui faire redécouvrir des activités physiques, lui faire prendre notion de son corps, lui apprendre à bouger. »

Insister sur la notion de plaisir et de camaraderie.

FGcl: « Prendre du plaisir à bouger. »

FGbe: « Trouver un groupe et être actif ensemble c'est très motivant. »

FGju: « Ce sont les copains qui font qu'on continue. »

FGmo: « Le fait de pratiquer une activité physique ça donne l'occasion d'avoir des copains. »

6.6 Le Bien Être

FGpa: « Rappeler qu'on peut se sentir bien et être mis en valeur par bien des choses. »

« On est sûrement bon dans quelque chose. »

FGel: « C'est pas la fin du monde (...) y'a des choses à faire. »

« Aborder le côté bien être puisque ça peut être sympa de leur donner des petites méthodes pour se sentir mieux. »

C: « Ils ont des avantages que d'autres n'ont pas. »

6.7 La famille

Rappeler le caractère familial de la prise en charge. On parle d'hygiène de vie, toute la famille doit donc suivre les recommandations.

FGco: « Le principe de toute façon d'une alimentation équilibrée elle est valable pour toute la famille. »

A: « Les conseils que l'on va donner à l'enfant ça doit aussi s'appliquer à l'autre, à la famille et ça doit aussi s'appliquer aux parents. »

B: « C'est toute la famille qui doit suivre un régime. Ou en tout cas tous les enfants de la famille sinon une inégalité apparaît. »

C: « Nouvelle dynamique familiale. »

I: « Un enfant ne peut pas être envisagé seul ».

« Désorganisation à la fois individuelle et familiale où chacun est dans son coin, où les gens ne partagent plus de temps de repas, de temps de vie, où chacun

est devant son écran que ce soit le téléphone ou la télévision... »

Reprendre aussi les différences d'âge:

A: « Une gamine de 9 ans qui voit son frère de 15 ans manger, il faut pas qu'ils aient les mêmes assiettes. »

6.8 La Publicité

Revoir avec l'enfant le rôle de la publicité, l'inciter à avoir l'esprit critique.

FGcn: « L'analyse de la publicité ».

FGju: « C'est une des missions de l'école ça d'apprendre à avoir l'esprit critique. »

« Les publicités, celles qui sont justes, celles qui le sont pas. »

Par exemple au niveau des quantités:

FGcl: « Le Nutella raclé mais pas comme sur la photo qu'il y a sur le pot. »

Ou du message en lui-même:

FGbe: « Quand Mc Do, par exemple, arrive à faire passer dans son langage que le Mc Do c'est un restaurant ordinaire et bien on a du mal nous médecin à faire la différence. »

« Le marketing est bien fait. Il masque, il fait glisser les choses vers l'ordinaire. »

6.9 Les écrans

Ici sont regroupés la télévision, internet, les consoles de jeux.

FGcn: « On a beaucoup parlé de télévision, d'internet, de jeux-vidéos. »

FGis: « Je demanderai simplement le nombre d'heures passées devant la télé, en face de l'ordinateur ou la télévision pour calculer la sédentarité. »

FGmo: « Si on est devant sa console ou devant sa télé bein voilà on est tout seul

finalement. »

A: « Limiter au maximum les écrans. Donc les écrans bein l'ordinateur, la télé, les mp4, la console de jeux. »

E: « Pas rester sur la console toute la journée. »

F: « Les enfants affalés 2 heures à la télé ou 3 heures sur l'ordi, leur Playstation là, leurs jeux... »

7. Le Lieu

Ce sujet a principalement été débattu lors des Focus Group. La question qui se posait était de savoir dans quelles circonstances aborder et distribuer le livret. Deux idées ressortaient:

- Celle de distribuer le livret en milieux médical, au cabinet.
- Celle de présenter le livret en milieu scolaire.

7.1 Au cabinet médical

Le cabinet médical était le premier envisagé au départ de l'étude.

FGch: « L'idée c'était de donner ce document au médecin de façon qu'il puisse le distribuer aux enfants en parlant de problème de surpoids. »

Donné dans le cadre du suivi en médecine générale ou en pédiatrie:

FGje: « Si il est distribué dans un cabinet par des professionnels de santé ou des professionnels de l'enfance (...) Il y a une validité professionnelle derrière ça. »

FGst: « Ca serait intéressant qu'il soi donné par quelqu'un du domaine peut être. Quand même qu'il puisse expliquer l'intérêt du document. Que ce soit l'infirmière scolaire ou le médecin traitant. »

FGan: « C'est plus par le médecin traitant parce que les enfants vont (pas) vraiment à la bibliothèque de l'école alors que le médecin s'il voit qu'il y a un problème il peut

distribuer le livret. »

I: « Avoir des outils qui permettent d'accompagner et de rendre lisible mais dans l'accompagnement. »

J: « Dans un livret qui puisse les accompagner dedans ou voire qui peut être donné en consultation. »

Certains avançaient que voyant peu les enfants il y avait le risque d'une inefficacité du livret.

FGbe: « Si le lieu ça reste le cabinet médical on fait chou blanc. Moi des 8-12 ans j'en vois beaucoup moins que des 5-8. »

FGch: « Ils les voient plus beaucoup. »

Cet argument n'était pour d'autres pas valable.

FGmp: « Pourtant ils doivent les voir au moins une fois par an ne serais-ce que pour les (...) ils doivent avoir un certificat médical. Or le médecin normalement doit peser et mesurer l'enfant à ce moment là.»

« Parce que justement les vaccins c'est vrai qu'il y en a un à 11 ans. »

FGco: « Moi je trouve qu'on voit au moins les enfants une fois par an. Déjà en aptitude de certificat de sport.»

L'accès libre en salle d'attente était aussi proposé.

A: « Dans une salle d'attente c'est le pays des pas perdus. Les gens attendent. Et le fait de visualiser ça ils vont y penser pour eux-mêmes, ils vont y penser pour leurs enfants, leur petits enfants ou pour le voisin. »

7.2 En milieu scolaire

L'idée du milieu scolaire était de couvrir un plus grand nombre d'enfants et d'avoir une action de prévention.

FGbe: « Est-ce qu'on va donner ce support aux enseignants qui auront une tâche supplémentaire ou aux médecins scolaires ? »

FGpa: « C'est un livret qui pourrait par exemple figurer en bibliothèque scolaire ? Qui pourrait être consulté, emmené, étudié ? »

« Beaucoup d'école ont une bibliothèque commune et ça peut éventuellement être un ouvrage de la bibliothèque. »

FGcl: « Ca peut quand même être intéressant dans une salle de classe, dans une bibliothèque de classe pour l'enfant qui a des problèmes. »

FGje: « Dans une école. Chez des gens qui sont professionnels de l'enfant. »

FGmo: « Je pense que ça c'est une action très ponctuelle qui peut être mise en place par les infirmières scolaires. »

L'avantage du milieu scolaire est de de diminuer l'aspect médical

FGel: « Si c'est un sujet étudié à l'école c'est peut-être moins médicaliser la chose. L'enfant le prendra moins comme prise en charge médicale. »

« Ils l'emportent à la maison comme un devoir entre guillemets. »

L'idée de bibliothèque nécessitait que l'enfant aille de lui-même chercher le document.

FGan: « Je pense pas que les enfants iront le chercher d'eux même. »

FGst: « L'enfant en surpoids va pas forcément oser, devant ses copains qui sont pas en surpoids, le prendre. »

Un autre problème soulevé était la faisabilité dans les écoles.

FGmo: « Mais t'auras pas ça dans toutes les écoles hein. Si c'est pas mis au programme de l'éducation nationale. »

FGmp: « Le souci qui se pose c'est pour les établissements où il n'y a pas

d'infirmières scolaires. »

Il était proposé que le document fasse le lien entre école et cabinet médical.

FGel: « Avoir ce document présenté en classe et que tous les médecins généralistes connaissent ce document. »

8. La Forme

Même si initialement, la forme de l'outil proposée était celle d'un livret pédagogique, lors des entretiens plusieurs intervenants ont proposés d'autres idées.

8.1 Le Livret

La forme de livret était celle qui retenait le plus d'attention.

D: « Des trucs très courts hein, 4 pages. »

F: « Le petit livret ça fixe bien, ils peuvent le relire, c'est à eux. »

G: « Si il y a un support visuel ou écrit qui nous aide ça va attirer. »

H: « Un petit livret avec lequel on puisse filer au gamin pour aider les parents. »

FGcl: « Un peu comme le livret du PNNS qui est donné aux familles, aux ados, quand ils ont un problème de surpoids. »

FGje: « Un support, un carnet ludique qui lui permette en plus de formaliser ces conseils. »

FGel: « Est-ce qu'on peut pas créer comme ils font les livres du PNNS, il y a le livret enfant 8-12 ans et à côté un livret pour les accompagnants. »

L'approche par la bande dessinée revenait comme moyen de toucher plus facilement les enfants.

A: « En micro bandes dessinées. »

C: « Dans un dessin ou dans une petite série de dessins. »

« Moi volontiers je donne des bandes dessinées. »

D: « Faire un peu des illustrations. »

G: « Ca peut être sous forme de carnet mais il faut je pense du dessin. Ils sont très avides de dessin.»

H: « Une petite bande dessinée disant de pas grignoter devant la télé. »

FGch: « Oui une BD. »

FGst: « Sous forme d'images ou de petits dessins. »

Le livret doit être interactif, faire participer l'enfant :

D: « Le cahier après c'est eux qui le remplissent. »

F: « Oui, interactif qui pourrait éventuellement un peu comme je vois les pipi stop. »

FGan: « Genre cahier de vacances un peu. »

En prenant exemple sur ce qui se fait dans le domaine du diabète :

C: « Carnet de surveillance du diabète. »

J: « Pour le diabète par exemple, on a énormément d'outils thérapeutiques. »

FGel: « Comme il fait le livret à l'annonce du diabète. »

8.2 Documents téléchargeables

L'outil informatique a été avancé pour son côté pratique mais aussi pour son côté moderne.

G: « Ce qui faudrait c'est qu'il soit téléchargeable sur ordinateur parce que maintenant on travaille beaucoup sur ordinateur. Donc à la limite un support visuel qu'ils puissent télécharger et imprimer.»

« Nous on a qu'à l'imprimer. Moi ce que je fais des fois avec des supports visuels qui m'intéressent beaucoup c'est que je les scanne et puis je les range. »

FGbe: « Donc il n'est pas question de passer par internet ? »

FGel: « La réalité augmentée »

La limite était de favoriser indirectement le temps passé devant les écrans :

FGel: « Bon en même temps faut peut être mieux faire une lecture. Carrément les inciter à bouger et pas être devant leur console. »

« Et là on leur lâche un jeu sur console donc c'est pas forcément très... »

Et une perte d'impact du document qui devient une page web de plus :

FGje: « Que ce qu'on retrouve sur internet ou à la disposition comme ça... on prend, on regarde... si ça s'accompagne pas d'un discours, si ça s'accompagne pas d'une prise de contact... »

8.3 Autres

Affiches et flyers :

A: « En formulaire à donner aux parents. »

« Un poster dans une salle d'attente. »

H: « Un petit truc en salle d'attente. »

Supports vidéo :

C: « Le petit film. »

G: « Alors ça peut être un support aussi vidéo. »

9. Les Outils

Afin de mieux faire passer le message au mieux grâce au document, l'utilisation de plusieurs outils peut être nécessaire pour créer l'interactivité.

9.1 Activités ludiques

Inclure un jeu dans le document :

FGis: « faire participer l'enfant dans le jeu. »

FGch: «une espèce de Trivial. »

« un jeu qui est fait par des professionnels. »

FGcl: « un escargot là pour... qu'il met à côté de son assiette pour lui rappeler que: il faut manger lentement. »

FGpa: « le livre dont tu es le héros. »

FGbe: « Tu es une petite voiture, tu es, tu es un petit trente tonnes, un petit machin »

« on part dans le garage, tu prends ta voiture ou tu prends ton camion dans, dans quoi tu vas rouler. »

FGel: « des jeux, des mots croisés. »

« petits jeux entre callés avec la bande dessinée. »

FGch: « Il faut des jeux. »

FGst: « situations de sketches. »

J: « un jeu sur l'alimentation »

Proposer des quizz :

FGel: « Des petites questions réponses et derrière il y a la réponse. »

C: « dans un quizz. »

« le petit jeu à la fin, le quizz éventuellement pour voir si tu as compris »

Lancer des défis :

FGpa: « Quelque chose qui peut bien marcher aussi c'est les défis. »

FGst: « sous forme de défis (...) « Sauras-tu faire la recette avec ton père ? » »

Proposer des éléments que l'enfant doit compléter :

FGis: « Dans quel aliment tu te retrouves dans quel aliment tu ne retrouves pas ?

Quel aliment tu utilises, quel aliment tu aimes utiliser, quel aliment tu n'aimes pas utiliser ? »

D: « faire un semainier. »

« rigolo à remplir. »

« noter, par exemple pendant une semaine, heu... les moments où ils mangent entre deux. »

« noter quand est-ce qu'il aime bien manger, qu'est-ce qu'il aime bien faire ou bien qu'est-ce qu'il aimerait bien faire s'il pouvait. »

« le cahier après c'est eux qui le remplissent. »

F: « des cases à remplir. »

G: « il y a des choses à remplir. »

Utiliser des supports existants :

FGbe: « on travaille avec les tickets de caisse

FGch: « Partir d'images publicitaires. »

9.2 Schémas et dessins

Faire des schémas explicatifs :

FGcl: « je leur fait un dessin »

FGst: « avec des schémas »

FGmo: « c'est plus heu l'image...exemple, exemple qui... »

F: « montrer la valeur des aliments avec des petits schémas »

Passer par le dessin (cf paragraphe 8.1) :

FGel: « un personnage qui soit représenté et que l'on suit pendant le livret. »

C: « réussir à faire passer l'incohérence d'une situation à travers un dessin. »

Et même faire dessiner l'enfant :

FGju: « dessines-toi »

9.3 Recettes de cuisine

FGel: « quelques petites recettes. »

« faire manipuler les enfants en cuisine. »

FGst: « inclure la recette. »

9.4 Passer par l'exemple

FGel: « des petites scènes pour montrer. »

FGst: « donner des exemples de témoignages »

« des situations de vie quotidienne concrète. »

FGco: « un genre d'abécédaire. »

F: « montrer ce que ça correspond en petites plaquettes de sucre. »

« montrer les organes cibles. »

10. Les Freins

Élément important à cibler pour la réalisation du livret : les freins à la prise en charge du surpoids de l'enfant.

10.1 La culture familiale

Pour de nombreuses familles le surpoids est perçu comme « normal » :

FGch: « les parents eux même ont des problèmes de poids, des fois on a des mamans qui ont des anneaux gastriques... »

FGst: « souvent banalisé aussi dans la famille. Il suffit que dans la famille il y a déjà le père qui est un peu costaud (...) on est une famille comme ça. »

B: « C'est un signe de bonne santé. »

« C'est pas quelque chose qui est heu... choquant pour eux. »

I: « le mode oral est heu surinvesti au niveau familial »

Ou au contraire un sujet tabou :

FGst: « Si le parent accepte pas déjà le surpoids de son enfant...c'est souvent un sujet délicat»

Limiter l'alimentation peut être source d'angoisse pour les parents :

FGbe: « La première frustration c'est celle de la maman hein qui a toujours peur que son enfant ne mange pas. (...) « Mon fils mange pas »

« Il a pas assez mangé. »

« dans le vécu de l'enfant si il mange pas tout il va pas vivre. »

Les courses :

FGju: « Les enfants mangent chez eux, ce sont les parents qui font les courses. »

FGje: « les parents font les courses que les enfants leur demandent parfois. »

B: « « Je ne sais pas les refuser. » »

« C'est tellement plus simple (...) d'acheter un paquet de frites surgelées. »

I: « geste assez, assez simple à réaliser... on tend les bras et on remplit le caddie. »

L'isolement au sein de la famille :

FGan: « « Toi t'as le droit de manger ça. » et tout le reste de la famille par contre... »

« il est le seul de la famille à pas avoir accès au placard. »

B: « quand il y a un enfant obèse, les autres ne le sont pas forcément. »

E: « si ils sont cinq dans la famille qu'il y en a quatre qui grignotent »

Les idées reçues ou mal comprises :

FGbe: « « Quand je grignote c'est pas un repas. » »

FGis: « Il faut pas compter les choses parce qu'elles seront notées donc c'est marqué on peut le faire. »

FGst: « « De toute façon j'aime pas les légumes. » »

« Tous les enfants font pareil. Ils mangent séparément, devant la télé » »

FGel: « ils aiment pas trop les fruits et les légumes en fait mais aussi parce qu'ils les manipulent peu »

L'absence de culture de l'activité physique :

FGje: « C'est un peu culturel le sport. »

C: « c'est très difficile de faire bouger. »

La place centrale de la télévision dans le foyer :

FGbe: « autant de télé que de personnes. »

E: « tout le monde mange devant la télé »

Les écrans (cf paragraphe 6.9) :

FGel: « ils vont te répondre que maintenant il y a les réseaux so... sociaux et qu'ils peuvent discuter avec quelqu'un... »

FGmo: « jouer en réseau.... »

FGco: « ils font beaucoup hein Facebook »

« Facebook qui leur prend énormément de temps. »

I: « chacun est devant son écran »

L'ennui et la solitude :

FGel: « ces enfants qui passent leur temps à manger parce qu'ils s'ennuient. »

FGmo: « je suis tout seul devant ma, ma console. »

I: « Désorganisation heu à la fois individuelle et familiale: où chacun est dans son coin, où les gens ne ne ne partagent plus de temps de repas, de temps de vie »

10.2 Le niveau socioculturel

FGch: « C'est dans les milieux précaires qu'on retrouve le plus d'obésité. »

« dans un milieu très défavorisé on a pas mal d'enfants qui ont un problème de poids. »

B: « Il y a aussi un très gros problème culturel. »

« il y a aussi le bassin de population. »

C: « ils ont la connaissance mais ils n'ont pas les compétences pour le faire. »

E: « manger à table si personne mange à table »

I: « la pauvreté culturelle »

J: « pour faire patienter le grand frère heu... il était pas malade...bah ils lui avaient pris un paquet de chips. »

K : « famille tuyau de poêle »

Le coût d'une alimentation équilibrée peut être difficile à assumer pour les familles.

B: « C'est un milieu socioprofessionnel un petit peu défavorisé donc heu... on a pas beaucoup les moyens. »

« Manger des fruits et des légumes tout ça c'est coûteux. »

I: « aliments très sucrés, très gras heu très faciles et pas chers »

K: « asperges ça coute certainement plus cher que les heu pommes de terre. »

Le coût de la prise en charge :

FGbe: « la consultation par la diététicienne est pas prise en charge »

10.3 Le manque de motivation de l'enfant (cf paragraphe 2.3)

10.4 Le manque de motivation des parents

Ils ne veulent pas toujours changer les habitudes :

FGst: « ils vont pas forcément... vouloir faire les démarches pour leur enfant. »

FGan: « Les parents ils mangent les gâteaux »

A: « « quoi que je fasse heu... bah il va derrière moi, il va dans l'armoire. » »

B: « on retrouve de la part des parents une certaine démission. »

« ça nécessite aussi du temps hein, il faut éplucher les légumes »

C: « parent qui est lui-même en excès de poids ou en surpoids et dont il ne prend pas en charge. »

E: « les parents veulent pas marcher »

Ils n'acceptent pas toujours de faire les conduites pour permettre à leur enfant d'aller au sport ou participer à des activités :

FGju: « pour faire du sport il faut être conduit. »

« c'est eux qui vont s'occuper de l'inscrire. »

FGpa: « Faire du sport c'est aussi une affaire de parents parce que bien souvent il faut les conduites. »

E: « pas forcément aller s'inscrire à un club parce que les parents veulent pas. »

Ils ne participent pas aux activités de l'enfant :

FGbe: « le jeu si il est pas entraîné et bien il reste dans le placard. »

10.5 Le peu de consultation pour les enfants de cet âge (cf paragraphe 7.1)

10.6 Le poids de la publicité (cf paragraphes 5.4 et 6.8)

10.7 La carence de dépistage

FGel: « Et entre 6 ans et 9 ans... et 10 ans même j'ai peu de... de chiffres. Donc c'est peut-être tout simplement ils les pèsent pas à partir de cet, cet, de cet âge là. »

« Ou ils prennent plus le temps de les peser ? »

FGch: « Ca aurait du être dépisté avant. »

FGmo: « j'ai un médecin traitant il a jamais pesé ni mesuré mes... mes trois enfants.
(...) je le faisais pas non plus »

10.8 Les freins à la prise en charge scolaire (cf paragraphe 7.2)

10.9 Le risque d'oublier le document

G: « dans un tiroir où on les perd au bout de 15 jours. »

« 8 jours après si on a pas utilisé le support on ne sait plus où il est. »

11. Les Pièges

Par pièges nous entendons les écueils à éviter lors de la création du document.

11.1 Discréditer les parents

Le piège principal est de placer le livret en opposition aux parents, de les décrédibiliser aux yeux de leurs enfants et ainsi devenir contre-productif.

FGju: « Et tout d'un coup on va lui dire : « Tes parents ont mal fait. » »

FGch: « il semble qu'il faille absolument que les, les parents sont, soient... partie prenante sinon ça, ça peut pas... ça peut pas fonctionner »

FGmo: « évincer les parents bah c'est pas forcément une bonne solution. »

FGel: « ça peut être vexant aussi pour les parents. »

FGst: « faut pas non plus culpabiliser les parents »

11.2 Stigmatiser l'enfant

Le document ne doit pas être stigmatisant pour l'enfant qui va le lire. Il ne doit pas créer chez lui un mal être qui n'existait pas auparavant.

FGje: « Et il ne sentira pas lui stigmatisé. »

FGan: « ça peut créer des complexes... »

FGmo: « ça peut créer des... situations où du coup ils ressentait pas de gêne et du coup là maintenant ils vont se stigmatiser sur des choses comme ça et ils vont, ils vont, ressentir une gêne alors qu'ils ressentait pas ? »

A: « Il ne faut pas non plus dramatiser l'enfant. »

11.3 Faire trop compliqué (cf. paragraphe 4.3)

Pour que le document soit lu et compris il se doit d'être le plus simple possible.

FGst: « Il va se dire : « Oh c'est pas mon... ça a l'air compliqué c'est pas mon truc. » »

11.4 Attention au régime (cf. paragraphe 6.3)

Le terme régime est un terme à forte connotation péjorative. De plus il sous-tend la privation ce qui n'est absolument pas l'objectif du livret.

11.5 Ne pas jouer sur l'axe bonne santé

La notion de bonne santé est trop éloignée des préoccupations de l'enfant.

FGel: « surtout pas jouer sur l'axe santé ou en tout cas ça fonctionnera beaucoup moins bien »

11.6 Le jeu pour le jeu

Le risque est que le message se dilue dans le jeu pour finalement être totalement occulté aux yeux de l'enfant.

J: « la corrélation entre le jeu et la vie ça peut être complètement déconnecté. »
« il ne faut pas non plus que ça devienne uniquement un jeu. »

12. La Représentation au sein du livret

C'est également posé le problème de la manière d'aborder les choses par le dessin. A savoir, comment s'assurer l'adhésion de l'enfant au travers du choix d'un

style (fantaisiste ou réaliste) ?

Cette problématique a été abordée uniquement lors des focus groups.

FGcn: « Auquel l'enfant puisse s'identifier ? »

La création d'un nouveau personnage était majoritairement retenue. De même que celle de privilégier le groupe, l'aspect social.

FGpa: « créer un héros »

FGcn: « Ou deux héros ? »

12.1 Le fantastique

FGpa: « ils sont très branchés fantastique à cet âge là »

Le premier exemple cité était l'utilisation d'un animal comme personnage principal du livret.

FGcn: « un petit animal »

« on va pas prendre un petit ours. »

« un dinosaure ? »

FGch: « escargot »

FGbe: « le homard »

FGje: « Un chien »

FGst: « l'animal c'était délicat »

« il faut faire attention à quel animal on prend surtout. Ca peut être vite stigmatisant »

De la même manière était proposé le végétal avec surtout les fruits et les légumes pour ramener au thème de l'alimentation.

FGcn: « Une fleur. Une fleur qui parle »

FGje: « Une salade. »

« des fruits »

FGbe: « pourquoi ne pas s'orienter vers un aliment ? »

FGpa: « Une carotte qui parle »

« Des fruits et des légumes animés »

La seconde possibilité évoquée était celle de créer un personnage fantastique.

FGpa: « Un héros qui, qui ne ressemble à rien en fait. »

« le même personnage mais en hologramme »

FGcn: « un héros à inventer quoi. »

FGje: « une espèce de petit docteur comme il y a dans la revue « Prescrire »

« dans les « Rubriques à bras » il y a toujours le type qui fait des démonstrations qui est toujours un peu loufoque. »

« un petit personnage qui, qui puisse absorber (...) à qui il peut arriver n'importe quoi. »

« Il faut qu'il soit malléable en fait. »

« Un Zorro du... de la diététique. »

FGch: « personnage qui se transforme »

Une autre piste était d'utiliser ou de s'inspirer de personnages déjà connus des enfants mais qui pose un problème de droits d'auteur.

FGis: « Peter Pan »

« Harry Potter »

« Mickey »

« Tournesol »

FGbe: « le côté magicien ? »

« du genre « Lily » »

« Je pense à « Cars » »

FGpa: « les Barbapapas »

FGje: « Un genre de Superman »

FGst: « avec une barbe genre Père Fouras »

Etaient aussi proposés les objets :

FGbe: « un ballon » « qui est animé et qui, qui peut se gonfler et dégonfler. Et qui bouge. Et qui, et qui rebondit. »

« Tu es qui toi ? Tu es une petite voiture, tu es, tu es un petit trente tonnes, un petit machin ? »

Enfin la possibilité d'utiliser un organe :

FGje: « Tu peux prendre un organe aussi. Que tu humanises, tu lui mets des mains, des yeux »

« Il peut absorber »

« Il peut avoir des cheveux, des lunettes de soleil... tu peux le rendre sympathique quoi. »

FGis: « Surtout s'il a trop mangé ou pas assez. »

12.2 Le réalisme

L'autre approche était de créer un personnage qui ressemble à l'enfant et auquel il puisse rapidement s'identifier.

FGcl: « le héros ou l'héroïne et puis qui qui donc qui est en surpoids »

FGan: « on peut mettre une fille, un garçon. »

FGco: « montrer un enfant qui est en surpoids. »

FGst: « un enfant de son âge »

En le(s) suivant tout au long du livret :

FGel: « partait à la découverte »

FGmo: « une vraie histoire »

Avec toujours l'importance de la notion de groupe d'amis :

FGan: « Un petit groupe de copains. »

FGel: « on a toujours nos personnages principaux et dans chaque pays ils découvrent d'autres enfants »

FGco: « Qu'on va retrouver... avec sa bande de copains »

La présence d'autres enfants permet aussi de véhiculer un message de tolérance :

FGco: « montrer un enfant qui a un autre problème »

FGch: « personnages avec des, des, problématiques différentes »

Sans oublier la dynamique familiale :

FGmo: « il doit y avoir des personnages adultes »

FGst: « que des fois il puisse avoir recours à ses parents »

FGel: « montrer que cet enfant... ce personnage a des, a des frères et sœurs »

DISCUSSION

I. LIMITES ET BIAIS

1. L'habileté de l'enquêteur à mener l'enquête

La réalisation d'une enquête qualitative repose sur la réalisation et l'enregistrement d'entretiens, la qualité de l'étude est dépendante de la capacité du chercheur à mener ces entretiens.

Dans cette étude, le choix a été fait de réaliser des entretiens libres. Cela impliquait que les interventions du chercheur soient réduites au strict minimum. Comme dit précédemment cela a induit un plus grand risque de digressions. A posteriori on peut se demander s'il n'aurait pas été plus judicieux de mener des entretiens semi-dirigés afin de répondre plus précisément aux besoins de l'étude. Cependant, la réalisation de deux Focus Group a permis de compenser cela, d'autant que les digressions se sont révélées positives à plusieurs reprises d'une manière qui n'était pas attendue initialement.

2. La perte du non verbal

Même si l'enregistrement des entretiens a été complet et a pu être mené à bien, un enregistrement audio ne peut retranscrire le non verbal. Les expressions faciales et la gestuelle n'ont pu être reportées malgré la prise de note lors de la réalisation des Focus Group. Cela aurait pu constituer des données supplémentaires mais nécessiterait la réalisation d'enregistrement filmés. Cette méthode n'a pas été retenue en raison de sa difficulté de réalisation technique ainsi que de l'impossibilité de rendre les entretiens entièrement anonymes en procédant de la sorte.

II. LES FORCES DE L'ETUDE

1. Intérêt du travail qualitatif

1.1 Définir les attentes des médecins

Le travail qualitatif étant par définition ouvert, la réalisation de ce type d'étude a permis de laisser les médecins s'exprimer sur le sujet afin de cerner au mieux leurs besoins vis à vis de ce type de document. Par rapport à un travail quantitatif on évite ainsi de se limiter aux idées de départ et a priori du chercheur. Les résultats obtenus sont plus riches et ont permis d'aller dans des directions qui n'étaient pas toujours attendues.

1.2 Le bénéfice de l'expérience

Un autre avantage de la réalisation d'une étude qualitative a été de pouvoir tirer parti au mieux de l'expérience des personnes interrogées. La liberté d'expression offerte leur a permis de s'exprimer dans le détail sur le sujet. Cela a notamment permis de définir les limites et les freins à la réalisation du livret en comparant l'idéal attendu et la réalité ressentie sur le terrain.

2. Respect des critères de scientificité

L'étude réalisée respecte les critères de scientificité d'une étude qualitative. Il y a eu triangulation des méthodes par la réalisation conjointe d'entretiens libres et dirigés.

Les Focus Groups ont été réalisés jusqu'à obtention d'une saturation des données. Les données ainsi obtenues ont été analysées par deux chercheurs, il y donc eu triangulation des chercheurs, et ont été comparées aux données de la littérature. Il y a eu rétroaction pour les Focus Group.

III. LES APPORTS DE L'ETUDE

1. Confirmation du public cible

1.1 Age

Les résultats ont montré un consensus autour de la tranche d'âge de 8 à 12 ans. Cette période était jugée pertinente pour s'adresser directement à l'enfant et entamer avec lui une pédagogie. La limite inférieure n'a pas entraîné de discussion particulière tandis que la limite supérieure était moins nette entre 11 et 12 ans. La préoccupation principale des intervenants étant de savoir si un enfant de douze ans n'aurait pas plus une mentalité adolescente ce qui l'exclurait du public cible car le discours ne peut alors être le même.

Au final il a été décidé de retenir la population cible de 8 à 12 ans en prenant en compte que le document ne pourrait ne pas être adapté à tous les enfants de douze ans.

1.2 Population visée

Les discussions se sont portées sur le type de population visée. La question était de savoir s'il fallait adresser le document uniquement aux enfants en surpoids ou au contraire l'adresser à un public plus large c'est à dire à tous les enfants de la tranche d'âge.

Les deux points de vue ont été défendus et au final, il ressort que cette décision doit se faire en regard des objectifs visés par le livret :

- Si le but est de sensibiliser la population générale au problème de surpoids alors il faudra s'adresser à tous les enfants ce qui induit un discours généraliste.
- Si le but est de s'adresser uniquement aux enfants en surpoids le livret se concentrera sur des problématiques les touchant plus directement. Ces deux approches sont pertinentes. L'objectif initial de l'étude étant la création d'un livret

destiné aux enfants en surpoids, c'est ce dernier cas de figure qui a été retenu.

L'autre élément soulevé était la disparité culturelle en fonction du milieu socio-économique. Il serait idéalement souhaitable d'adapter le livret à ces éléments mais cela ne semble pas réalisable.

2. Détermination du lieu d'usage

Concernant le lieu d'usage et de remise du document, de nombreuses idées ont été émises. Deux types de milieux ressortaient :

- Le milieu médical que ce soit le cabinet de médecine générale, le cabinet du médecin spécialiste (pédiatre, pédopsychiatre), le milieu hospitalier ou encore le cabinet de la diététicienne. Ce milieu correspond à un suivi d'enfants dépistés, déjà rentrés dans le circuit.
- Le milieu scolaire à savoir la bibliothèque scolaire, l'étude en classe ou l'infirmière scolaire.

Ce milieu correspond surtout à de la prévention même si l'action de l'infirmière scolaire peut permettre le dépistage.

Compte tenu du choix fait de cibler une population d'enfants connus pour un surpoids, c'est le milieu médical qui a été retenu.

3. Définition de la forme du document

C'est la forme de livret qui a été le plus généralement citée. Les critères d'un bon livret définis par les participants étaient :

- Un nombre restreint de pages pour ne pas diluer l'attention du lecteur.
- L'utilisation d'un langage simple et adapté à l'âge, tenant compte des acquis du programme scolaire.
- Le caractère interactif de l'ouvrage, indispensable. Il était proposé d'inclure des jeux

tout en s'assurant que le jeu ne prenne pas le pas sur l'information.

- La présence de dessins explicatifs et/ou de bandes dessinées jugés plus aptes à capter l'attention de l'enfant.

- La numérisation du document. Numérisé, le document était jugé plus facile à retrouver et à transmettre à l'enfant.

A noter que les autres formes proposées, comme par exemple la réalisation d'une affiche destinée aux salles d'attentes peuvent très bien s'envisager en complémentarité du livret.

4. Choix des thèmes à aborder

L'étude a permis de faire ressortir les quatre grandes idées autour desquelles articuler le document.

4.1 L'activité physique

Que ce soit par le sport, le jeu ou la marche. Le livret se doit de mettre en valeur l'activité sous toutes ses formes en privilégiant l'utilisation d'exemples concrets applicables dans la vie de tous les jours par l'enfant et les parents.

4.2 L'alimentation

Il s'agit surtout d'aider les enfants à choisir les produits et à prendre conscience que certains produits ne sont pas destinés à être consommés tous les jours. Au total, la distinction aliments « ordinaires » et « extraordinaires » semble extrêmement judicieuse car simple à comprendre et dénuée de connotation péjorative. On peut également aborder ce problème via les groupes alimentaires et/ou les équivalences (par exemple 1 paquet de chips égale 1 verre d'huile). Il s'agit également de revoir avec l'enfant les conditions d'un bon repas : un bon repas se fait à table, en famille, sans les distractions d'écrans (ordinateur, télé, smartphones...) en prenant le temps

de bien mastiquer. C'est un moment d'échange à privilégier. Si le format du livret l'autorise, l'abond du repas permet d'élargir le sujet à la sensation de satiété et, au-delà, à la distinction entre envie de manger et sensation de faim. Là encore l'utilisation d'exemples et de situations concrètes est à privilégier.

4.3 La publicité

Elle est omniprésente. L'apprentissage par l'enfant de l'esprit critique vis-à-vis de la publicité est donc un facteur indispensable dans la lutte contre le surpoids.

4.4 Le bien-être

Il est apparu important d'insister sur la notion de bien-être. Bien être autant physique que moral, et qui est indispensable à la réussite de la prise en charge. Cela passe par le biais des relations amicales et du soutien intrafamilial. Nous pouvons également montrer que la sédentarité et les écrans créent une sensation de solitude.

5. Définition des conditions d'utilisation

Outre le lieu, l'étude a permis de définir de nombreux autres éléments :

5.1 La collaboration avec les parents

Même si le livret s'adresse directement à l'enfant, il convient de ne pas exclure les parents de la prise en charge. Si des livrets pédagogiques destinés aux parents existent, il est ressorti que les intervenants craignaient que les parents se sentent mis à l'écart lors de la distribution du livret. Aussi, mieux vaut le donner en leur présence et avec leur accord et leur proposer de le lire avec leur enfant et même de participer aux jeux. Pour cela il faut aussi prendre en compte la culture familiale qui varie d'un enfant à l'autre. Afin d'impliquer les parents, la possibilité de joindre au livret un courrier destiné aux parents de l'enfant a été évoquée.

L'importance de la collaboration des parents dans la prise en charge du surpoids de

l'enfant rejoint la méthodologie employée dans l'étude Fleurbaix-Laventie.

A noter la sortie récente d'un dépliant parents-enfant (principalement destiné aux parents) intitulé « Enfants et surpoids : des conseils pour bien agir. » téléchargeable sur le site ameli.fr.^[38]

5.2 La motivation de l'enfant

Pour que ce livret soit efficace, il faut que l'enfant soit motivé à le lire. Donner ce type de document à un enfant qui s'y oppose sera inefficace. Lors des discussions les participants ont insisté sur l'importance de créer une relation privilégiée de confiance avec l'enfant. L'un des buts de ce travail est de contribuer à construire ce type de prise en charge au travers du livret. Nous ne pouvons cependant pas forcer l'enfant à y adhérer.

Toujours concernant la motivation de l'enfant, à plusieurs reprises, le livret a également été cité comme un facteur inducteur de motivation. Arriver à ce résultat est l'un des objectifs de ce travail.

5.3 Ne pas être stigmatisant

Il ressort de l'étude que la stigmatisation de l'enfant ou des parents est considérée comme un facteur d'échec de la prise en charge. Cette stigmatisation peut apparaître de plusieurs façons :

- **Les conditions de remise du document** : Le discours et le lieu dans lequel est donné le livret peuvent être ressentis négativement par l'enfant ou sa famille.
- **Le contenu du livret** : Le contenu rédactionnel, les illustrations, ne doivent pas pointer l'enfant du doigt. De même, il ne faut pas aboutir à une situation qui rendrait les parents responsables aux yeux de l'enfant. La rédaction se doit donc d'être prudente.

6. Pistes de mise en image

Comme exprimé dans la partie résultats, deux idées se sont opposées lors de la réalisation des Focus Group :

- La première était celle d'une représentation réaliste des enfants et de leur environnement pour coller aux préoccupations de l'enfant.
- La seconde était de passer par le biais du fantastique pour attirer l'attention de l'enfant et lui expliquer les différentes notions d'une manière ludique.

Au final, il est difficile de privilégier une approche plutôt qu'une autre et les deux fonctionneront sans doute différemment selon les enfants. En ce qui concerne ce projet, il a été retenu une approche que l'on pourrait qualifier de mixte : Suivre un duo d'enfants (un garçon et une fille) à travers le livret et qui serait accompagné d'un hologramme représentant un professeur. Cela permettrait de conserver l'intégrité des enfants et leurs problématiques réalistes et d'y associer un personnage plus ludique pour la partie pédagogique.

IV. PISTES DE REFLEXION

1. La Réalisation concrète du livret – Un travail à poursuivre

Cette étude ne constitue que la première partie d'un travail beaucoup plus vaste qu'est la création d'un livret pédagogique à destination des enfants. Le but était de poser les bases en demandant aux médecins de s'exprimer sur leurs attentes pour pouvoir travailler dans ce sens. Voici quelques propositions concrètes pour le contenu du livret à partir de ces résultats. Celles-ci sont une ébauche destinée à être modifiée par la suite :

1.1 Plan du livret (cf Annexe 3)

1.2 Design des personnages (cf Annexe 4)

1.3 Exemples de jeux pédagogiques (cf Annexe 5)

2. La nécessité d'un travail pluridisciplinaire

La réalisation et la rédaction du livret nécessitent des compétences graphiques et éditoriales de niveau professionnel. Le public préadolescent est un public exigeant qui ne se satisfera pas d'un résultat en demi-teinte. Aussi, l'idéal serait la constitution d'une équipe rédactionnelle afin de bénéficier de l'expérience de chacun.

C'est dans ce sens qu'ont été réalisé en parallèle de l'étude l'entretien d'un rédacteur de manuels scolaires et celui d'un dessinateur de bandes dessinées.

3. L'indispensable évaluation par les patients

Une fois obtenue la maquette du document, une phase test auprès d'enfants et parents volontaire est nécessaire afin de déterminer l'efficacité du document. Une seconde étude devrait alors être menée afin d'améliorer le livret si nécessaire.

4. Vers un ouvrage grand public ?

L'étude a fait ressortir la volonté des participants de voir émerger un ouvrage plus grand public à but de prévention. La réalisation d'un tel ouvrage peut être envisagée en parallèle à celle du livret ciblé sur les enfants de 8 à 12 ans en surpoids. C'est également une piste de travail intéressante.

CONCLUSION

La réalisation de ce travail de thèse a permis de définir les attentes des professionnels de santé vis à vis d'un document destiné aux enfants préadolescents en surpoids.

Grâce à l'utilisation d'une méthode qualitative, ces professionnels ont pu s'exprimer aussi bien sur le contenu que la forme du document ainsi que repréciser le public cible. La forme retenue est celle d'un livret court (une douzaine de pages) riche en illustrations et interactif pour les enfants de 8 à 12 ans. Les thèmes principaux à aborder seront l'alimentation, l'activité physique mais aussi le bien-être et la critique de la publicité. Cette étude pose les bases à la création du livret, ce travail devra donc être poursuivi par une équipe pluridisciplinaire incluant des professionnels de santé mais aussi des professionnels de l'éducation ou de l'édition.

REFERENCES

[1] – Thibault H, Pitard A, Lavie E (Membres du groupe de travail HAS). Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations de bonne pratique. HAS. 2011 Sept.

[2] - Frelut ML. Obésité de l'enfant et de l'adolescent. EMC Endocrinologie-Nutrition. 2012 Oct.

[3] – Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (page consultée le 04/02/14) Les disques IMC et les courbes de corpulence, [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/les-disques-imc-et-les-courbes-de-corpulence.html>

[4] – International Association for the Study of Obesity. (page consultée le 04/02/14) International Obesity Taskforce, [en ligne]. <http://www.iaso.org/iotf/>

[5] - Deccache A. L'éducation du patient en Europe: Plus de vingt ans d'évolution constante. Bulletin d'éducation du patient. 2000 ;19(1):2-5.

[6] - Faoudia JM. Education Thérapeutique: Préconisations du CNOM sur la rédaction des engagements et consentements éclairés des différents partenaires et intervenants. Ordre des médecins. Rapport. 2011 Juin.

[7] - Education Thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. HAS. Rapport. 2007 Juin. HAS (page consultée le 04/02/14) [en ligne]. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - definition finalites - recommandations juin 2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)

[8] - Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la République Française. 2009 Juil. Legifrance (page consultée le 04/02/14) Journal Officiel de la République Française, [en ligne] http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244

[9] - Laperche J. Agir en prévention en médecine générale. Education du Patient et Enjeux de Santé. 2002 ;21(4) :94-7.

- [10] - Lassere A, Assal JP. L'éducation du patient: un défi pour les médecins, un défi pour les formateurs. *Education du Patient et Enjeux de Santé*. 2004 ;22(1) :26-9.
- [11] - Tubiana-Rufi N. Education thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique. *Presse Med*. 2009;38:1805-13.
- [12] – ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids. Roche (page consultée le 04/02/14) Enquête nationale ObEpi 2012, [en ligne] http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html
- [13] - Charles MA. Épidémiologie de l'obésité infantile : le passé, le présent, l'avenir. *mt pédiatrie*. 2007 Nov Déc ;10(6):360-4.
- [14] - Péneau S, Salanave B, Maillard-Teyssier L, Rolland-Cachera MF, Vergnaud AC, Méjean C, et al. Prevalence of overweight in 6 to 15 year-old children in central/western France from 1996 to 2006: trends toward stabilization. *Int J Obes (Lond)*. 2009 Apr ;33(4):401-7.
- [15] - Salavane B, Péneau S, Rolland-Cachera MF, Hercberg S, Castetbon K. Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *Int J Pediatr Obes*. 2009;4(2):66-72.
- [16] - Lytle LA. Dealing with the childhood obesity epidemic: a public health approach. *Abdom Imaging*. 2012 Oct ;37(5):719-24.
- [17] - Kidane Andegiorgish A, Wang J, Zhang X, Liu X, Zhu H. Prevalence of overweight, obesity and associated risk factors among school children and adolescent in Tianjin, China. *Eur J Pediatr*. 2012 Apr ;171(4):697-703.
- [18] – International Obesity Taskforce (consultée le 16/02/14) Obesity prevalence worldwide, [en ligne] <http://www.iaso.org/iotf/obesity/>
- [19] - Farpour-Lambert NJ, Nydegger A, Kriemler S, L'Allemand D, Puder JJ. Comment traiter l'obésité de l'enfant ? Importance de la prévention primaire. *Rev Med Suisse*. 2008 Fév 27;4:533-6.

- [20] - Berenson GS. Health consequences of obesity. *Pediatr Blood Cancer*. 2012 ;58:117-121.
- [21] - Heberg S. Le PNNS en 2011: Bilan et perspectives. *Le concours médical*. 2011 Avr ;133(4):270-2.
- [22] – PNNS. La santé vient en mangeant et en bougeant - Le guide de nutrition des enfants et ados pour tous les parents. INPES. 2004 Sept.
- [23] – Manger Bouger Programme National Nutrition Santé. (page consultée le 16/02/14) Page d'accueil, [en ligne] <http://www.mangerbouger.fr/>
- [24] – Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2011-2015. *Sante.gouv.fr* (page consultée le 04/02/14) PNNS 2011-2015, [en ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
- [25] - Romon M, Lommez A, Tafflet M, Basdevant A, Oppert JM, Bresson JL et al. Donwards trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school and community-based programmes. *Public Health Nutr*. 2009 Oct ;12(10) :1735-42.
- [26] - Heude B, Kettaneh A, Rakotavao R, Bresson JL, Borys JM, Ducimetière P et al. Anthropometric Relationship between parents and children throughout childhood: the Fleurbaix-Laventie Ville Santé Study. *Int J Obes*. 2005 Oct ;29(10) : 1222-9.
- [27] - Borys JM, Le Bodo Y, Walter L. Le programme EPODE : derniers résultats. *Le concours médical*. 2011 Avr ;133(4) :277.
- [28] – Epode International Network (page consultée le 16/02/14) Page d'accueil, [en ligne] <http://www.epode-international-network.com/>
- [29] - Van Koperen TM, Jebb SA, Summerbell CD, Visscher TL, Romon M, Borys JM et al. Characterizing the EPODE logic model: unravelling the past and informing the future. *Obes Rev*. 2013 Feb ;14(2) :162-70.
- [30] - Borys JM, Le Bodo Y, Jebb SA, Seidell JC, Summerbell C, Richard D et al. EPODE approach for childhood obesity prevention : methods, progress and international developpement. *Obes Rev*. 2012 Apr ;13(4) :299-315.

[31] – Programme « Vivons en forme » (page consultée le 16/02/14) Objectifs du programme [en ligne] <http://www.vivons-en-forme.org/programme/objectifs/>

[32] – HAS. (page consultée le 16/02/14), Liste des RéPPOP adhérant à la Coordination Nationale des RéPPOP au 1^{er} septembre 2011, [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_memo_obesite_enfant_adolescent_liste_reppop.pdf

[33] - Tauber M. Les RéPPOPs : La pluridisciplinarité au sens large et dans la durée. Le concours médical. 2011 Avr ;133(4) :273-5.

[34] – Réseau OSEAN. (page consultée le 16/02/14) Page d'accueil, [en ligne] <http://www.reseau-osean.org/>

[35] – Association REST'O (page consultée le 16/02/14) Page d'accueil, [en ligne] <http://associationresto.doomby.com/>

[36] - Romon M. Le réseau OSEAN : la mobilisation d'une région. Le concours médical. 2011 Avr ;133(4) :275-6.

[37] – Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan Obésité 2010 - 2013. Sante.gouv.fr (page consultée le 16/02/14) Plan Obésité 2010-2013, [en ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf

[38] – ameli.fr (page consultée le 16/02/14) Surpoids chez l'enfant et l'adolescent, [en ligne]. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/surpoids-chez-l-enfant-et-l-adolescent.php>

ANNEXES

Annexe 1 : Enregistrements et retranscriptions des entretiens

L'intégralité des enregistrements audio ainsi que leurs retranscriptions sous forme de traitement de texte sont disponibles dans le cd rom ci-joint. A titre d'exemple, le premier entretien individuel a été reproduit ci-dessous.

Entretien A - Médecin Généraliste - Milieu Rural

« - Alors parler de l'obésité chez l'enfant...l'enfant à partir de huit ans je pense qu'il faut déjà avoir abordé le problème bien en amont. Déjà j'avais envie de dire, dès la grossesse de la maman si tu repères que les parents sont obèses il faut déjà avoir un petit message d'alerte en disant oh là là se méfier pour l'enfant.

Se méfier ça veut dire quoi ? Chez le nourrisson savoir dire dès...très vite à la maman « mettez-le plutôt sur un tapis d'éveil que sur un transat, il bougera d'avantage »; « ne pas diver...heu diversifier pardon à partir de l'âge de 6 mois, surtout pas avant ». Etre très progressif. On pense aujourd'hui qu'une alimentation trop riche en protéines et assez riche en acides gras va favoriser l'obésité. Donc ça c'est déjà la prime enfance.

Il y a une deuxième partie de la vie, on va dire de 2 à 6 ans où l'enfant va grandir sans chercher forcément à grossir et il faut respecter ce temps là. Souvent les parents viennent nous voir en disant: « l'enfant il ne mange plus. Il faut donner des vitamines, il ne mange plus. ». Il faut respecter en ayant un peu cet adage en tête: « Grandir sans grossir ça s'appelle mincir. ». Si on...voilà.

Il y a un troisième temps, c'est vers l'âge de 8 ans (qui intéresse ta thèse) qui est ce que l'on appelle en pédiatrie l'âge de rebond adipeux. Donc c'est là où l'enfant va commencer à grossir. Avoir de toute façon absolument en tête encore cet adage que

je viens de dire. Il faut vraiment veiller à la qualité et non pas à la quantité ingérée. Entre une gamine de 9 ans qui voit son frère de 15 ans manger, il ne faut pas qu'ils aient les mêmes assiettes. Le premier...enfin la première a besoin de se développer, le deuxième a besoin de fabriquer du muscle. Sachant que là...comment dire...au niveau de la surveillance du poids il y a toujours une surveillance entrées/sorties. Entrées c'est-ce que je vais manger. Sorties c'est-ce que je vais dépenser.

Donc favoriser au maximum l'activité ou les activités physiques. Donc limiter au maximum les écrans. Donc les écrans bein l'ordinateur, la télé, les mp4, les consoles de jeux. Et en plus du sport bein faire faire du vélo, de la trottinette, du patin à roulette, de la randonnée au gamin. Donc ne pas hésiter à les faire sortir pour qu'ils se bougent un petit peu. Donc éviter au maximum l'accumulation adipeuse.

Donc ça c'est...alors au niveau alimentaire respecter les règles d'usage. La télé nous assomme des 5 fruits et légumes par jour, je pense que c'est un fondamental, c'est un préalable. Heu, c'est pas le seul. Il y a d'autres petits conseils au moment des repas: Eviter absolument les boissons sucrées qui sont à proscrire, hein le seul élément qui est vraiment...qui étanche la soif bein c'est l'eau. Donc de l'eau à table. Eviter les...il ne faut pas banaliser non plus les friandises, les gâteaux, les biscuits...heu...tiens tu as eu une bonne note on va t'acheter un paquet de bonbons bah ce sont des bêtises. Bêtises pourquoi? Parce que ça va augmenter la masse adipeuse et donc risquer l'obésité plus tard.

Alors heu...toc toc toc...que dire de plus...

Oui, sachant que c'est bête ce que je vais dire, mais les conseils que l'on va donner à l'enfant ça doit aussi s'appliquer à l'autre, à la famille et ça doit aussi s'appliquer aux parents. Donc si les parents étaient un petit peu gros au départ ça va finir de.

Sachant qu'il ne faut pas non plus dramatiser l'enfant. Alors on va expliquer aux parents ce qu'est l'index de masse corporel, l'indice de Quetelet, poids sur taille au carré. Pourquoi pas leur expliquer la formule. Pourquoi pas leur expliquer...ne pas leur expliquer que dans l'idéal ne pas dépasser 25 chez l'enfant ça peut être une bonne idée (25 kg/m²). Ca peut être une bonne idée sachant qu'il ne faut pas non plus faire une fixette hein, faut pas non plus que l'enfant soit anorexique. Surtout un développement psychomoteur ou préadolescent un peu plus tard qui va faire que voyant son corps changer il risque de dériver à l'anorexie. Donc il faut trouver le juste milieu.

Donc se baser sur cet indice de masse corporelle ça nous permet d'avoir un bon indicateur mais ça ne doit pas être l'unique indicateur.

Il faut savoir aussi expliquer à l'enfant, avec les mots choisis, et aux parents pourquoi on fait ça. Heu enfin « ça » ça veut dire pourquoi on surveille son poids, heu...qu'est-ce que lui peut en tirer. Donc, les bénéfices qu'il peut en tirer parce que pour lui ça paraît très très loin. Autant la tarte aux fraises elle est immédiate, autant les arthroses du genou, autant les hypertryglycériidémies, autant l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, heu...l'apnée du sommeil chez l'enfant même si c'est rare on en a quand même. Heu... tout ces éléments qui heu...pourraient le perturber plus tard. Mais ceci étant ce qu'on dit là à l'enfant même s'il ne le comprend pas ces parents vont comprendre ces éléments et ça peut permettre aussi d'éduquer les parents à ce niveau là et permettre de les mettre de notre côté.

Alors, une réaction que l'on entend souvent de la part des parents: « Ah bah de toute façon pfff...quoi que je fasse heu... bah il va derrière moi, il va dans l'armoire. »
Donc dire aux parents: « C'est très simple, tout ce qui sera dans le caddie sera

mangé. N'achetez pas de Nutella, il n'en aura pas ». Voilà. Ou « N'achetez pas 3 kg mais 250g si vous voulez pas le...entre guillemets les « punir » en le privant de quelque-chose. »

Heu...toc toc toc...que dire de plus...Fiou...Sans notes c'est dur hein!

- *C'est difficile.*

-Sans notes c'est dur hein, de parler à volo comme ça.

Alors est-ce qu'il faut faire des bilans biologiques, heu...des radios, des choses comme ça ? A mon sens non sauf si heu...il y a des critères qui pourraient nous orienter. Des critères qui pourraient nous orienter vers une hypothyroïdie, ou si les organes génitaux sont trop fon..., si la couleur est trop foncée orienter vers des problèmes de surrénale par exemple. Sinon je ne pense pas qu'il faille les faire. En tout cas pas dans un premier temps. Voilà.

(heu... je ne...tu m'as dit qu'il fallait aller jusqu'à 8 ans donc je parle pas sur après ?

Heu...c'est 8-12 ans. 8-12 ans d'accord. Ouais.)

Alors, heu...toc toc toc, 8-12 ans l'enfant va avoir dont à partir de l'âge de 9 ans, entre 9 et 11 ans, va quitter le rebond adipeux pour commencer sa croissance. Je reprends l'adage: « Grandir sans grossir ça s'appelle mincir. ». Donc période qui est aussi très très importante. Très importante parce qu'il va aussi avoir son corps qui va changer, ses muscles qui vont se former. Donc là il va falloir avoir un autre regard sur l'alimentation, toujours bien la cibler, toujours l'accompagner, et surtout à cet âge là prendre en compte la part « pédopsychiatrique » du préadolescent, de l'adolescent qui va arriver. Avec notamment ce refus de...pas de l'adulte néanmoins du parent. Heu...couper le cordon ombilical en fait hein. Donc tout ce que l'on pourrait dire à

l'adulte pourrait être mal interprété et pris de travers. Donc heu...être vigilant avec ça mais être très posé, très clair, pour que l'enfant puisse le prendre en compte.

-D'accord et justement, dans ce cas, pour vous les messages à faire passer à l'enfant qui vous semblent les principaux?

- A quel âge?

- *Pour cette tranche d'âge de 8-12 ans.*

- Se faire plaisir.

Etre bien dans son corps... Etre bien dans son corps. Sachant que l'enfant sait ce que ça veut dire être bien dans son corps. La cour de récréation à ce titre est terrible puisque qui est un petit peu rond, qui est un peu rondouillet, qui est un peu, un peu gros ou obèse hein, sera sujet de moqueries et sera mis à l'index, sera mis à l'écart. En cour de récréation tout le monde se fout de lui et donc l'enfant sait très bien ce que c'est. Donc par des petits messages très simples...heu.... « C'est bien pour toi parce que plus tard... » mais plus tard ça veut pas dire grand-chose pour lui. « ...tu te sentiras mieux. Mais là pour l'instant si tu grossis pas, tu verras la cour de récré ça ira bien. Heu...Quand tu seras à la piscine tu seras content de toi. Les autres vont pas se moquer de toi etc... » C'est un vecteur qui peut être...quelque part qui peut améliorer le contexte social. Donc ça, ça peut être un argument. Ca peut être un argument.

Le deuxième aspect, heu, dire également que son corps va changer et il aura envie de faire des choses. Malgré tout même s'il est en pré-ado, il va pas l'imaginer mais comme papa ou comme maman ou alors faire les choses pour être capable de mesurer à papa ou maman. Par exemple: « Je suis à vélo, je roule plus vite que

papa. » ; « Je suis en ski, je skie plus vite que papa. » (Je prends le rôle du papa dans le cas présent. Je suis un père moi-même.)

Alors heu...pour se faire, s'il veut être...s'il veut se mesurer à papa...heu...ou maman, il faut qu'il ait la pleine heu...mesure de son corps et donc pour ça il faut qu'il soit plutôt fin au niveau de l'intelligence mais ça, c'est pas le débat du jour, donc qu'il ait un bon contact relationnel etc... faut pas qu'il soit castré par les parents ou par l'entourage. Et deux, il faut qu'il puisse sans problème se développer au niveau de son corps. Sans problème se développer au niveau de son corps et donc...Qu'il ait l'énergie, la ressource et l'endurance nécessaire. Il est clair que s'il est en surpoids, ça va pas, ça va pas le faire.

J'ai répondu ?

- Oui, c'est bien. Et donc heu...à votre avis heu...est-ce que le heu...la proposition que je fais heu...le but un peu de ce travail ça vous semble pertinent?

- Oui.

- Et est-ce que vous pensez que ça va...ça peut vous être utile?

- Oui, clairement oui. Que ce soit comme tu le disais tout à l'heure en micro bande dessinée ou en formulaire à donner aux parents voire même sous la forme d'un poster. Puisque tu parlais d'espèces de bidi-bulles. Mini-bulles pardon. Donc un poster dans une salle d'attente. Heu...dans une salle d'attente c'est le pays des pas perdus. Les gens attendent. Et le fait de visualiser ça ils vont y penser pour eux même, ils vont y penser pour leurs enfants, leurs petits enfants ou pour le voisin.

« Ah! Tiens j'ai vu un truc chez le docteur c'est pas mal. C'était écrit que...C'était dit que... je pense que tu peux...donc ça peut vraiment permettre d'éclairer hein surtout que malgré tout je disais tout à l'heure l'obésité c'est quand même LA maladie non infectieuse en France hein. Et puis les chiffres je crois que c'est 8 millions d'obèses en France ce qui est assez énorme quoi. Sur 66 millions d'habitants...

Voilà.

- Je pense qu'on a fait un peu le tour, je pense que c'est bien. Je vous remercie.

- Bien je t'en prie. »

Annexe 2 : Tableau d'analyse des verbatim

Ce tableau se trouve sur le CD Rom.

Annexe 3 : Proposition de plan pour le livret

L'étude a fait émerger l'idée d'un livret assez court. Le plan proposé ici se base sur un livret d'une structure de douze pages. L'idée de travailler par double pages a également été retenue.

Insert :

En feuille volante, un recto-verso destiné aux parents en leur expliquant les objectifs du livret et l'importance de leur collaboration.

Page 1 :

Titre et présentation des personnages que l'enfant suivra tout au long du livret.

Pages 2 et 3 :

Définitions : "Qu'est-ce que le poids ?" et explications par schémas (balance des entrées et des sorties...)

Pages 4 et 5 :

Page de gauche : Les aliments : aliments ordinaires et extraordinaires, groupes alimentaires.

Page de droite : Jeu : Coloriage (cf Annexe 5)

Pages 6 et 7 :

Page de gauche : Les règles de la table.

Page de droite : Jeu à définir ou petite bande dessinée sur les règles de la table.

Pages 8 et 9 :

Page de gauche : L'activité physique.

Page de droite : Jeu choix de l'activité physique (cf Annexe 5)

Pages 10 et 11 :

Page de gauche : La publicité.

Page de droite : Jeu vrai/faux ou autre sur la publicité.

Page 12 : Solution des jeux.

Annexe 4 : Propositions de design de personnages



Figure 1 : Personnage garçon

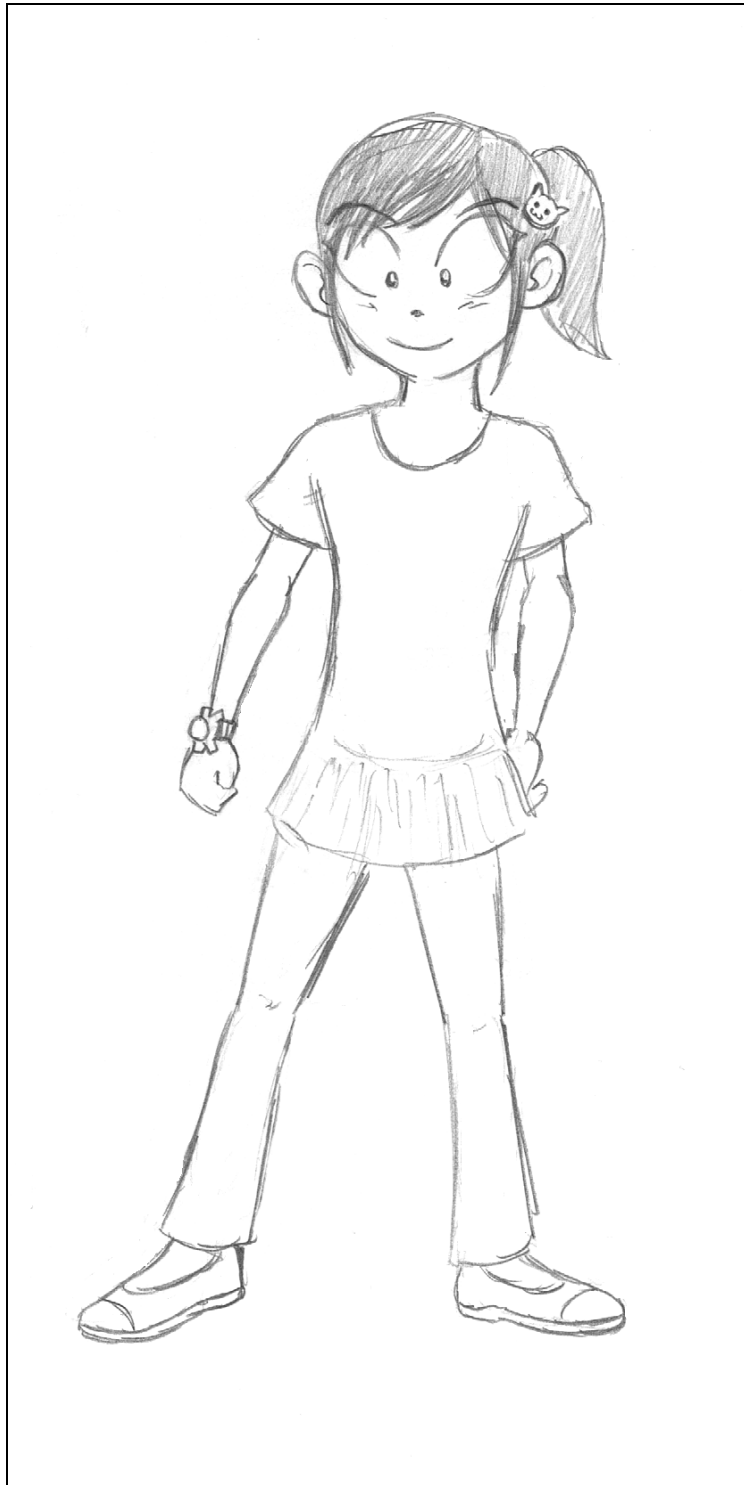


Figure 2 : Personnage fille



Figure 3 : Personnage hologramme (Professeur)

Annexe 5 : Propositions de jeux éducatifs

C'EST L'HEURE DU GOUTER !

Aides Paul et Zoe.

Colories en Bleu les aliments "ordinaires" et en vert les aliments "extraordinaires" (ceux que l'on ne doit pas manger tout les jours)



Figure 4 : Jeu Coloriage – Goûter

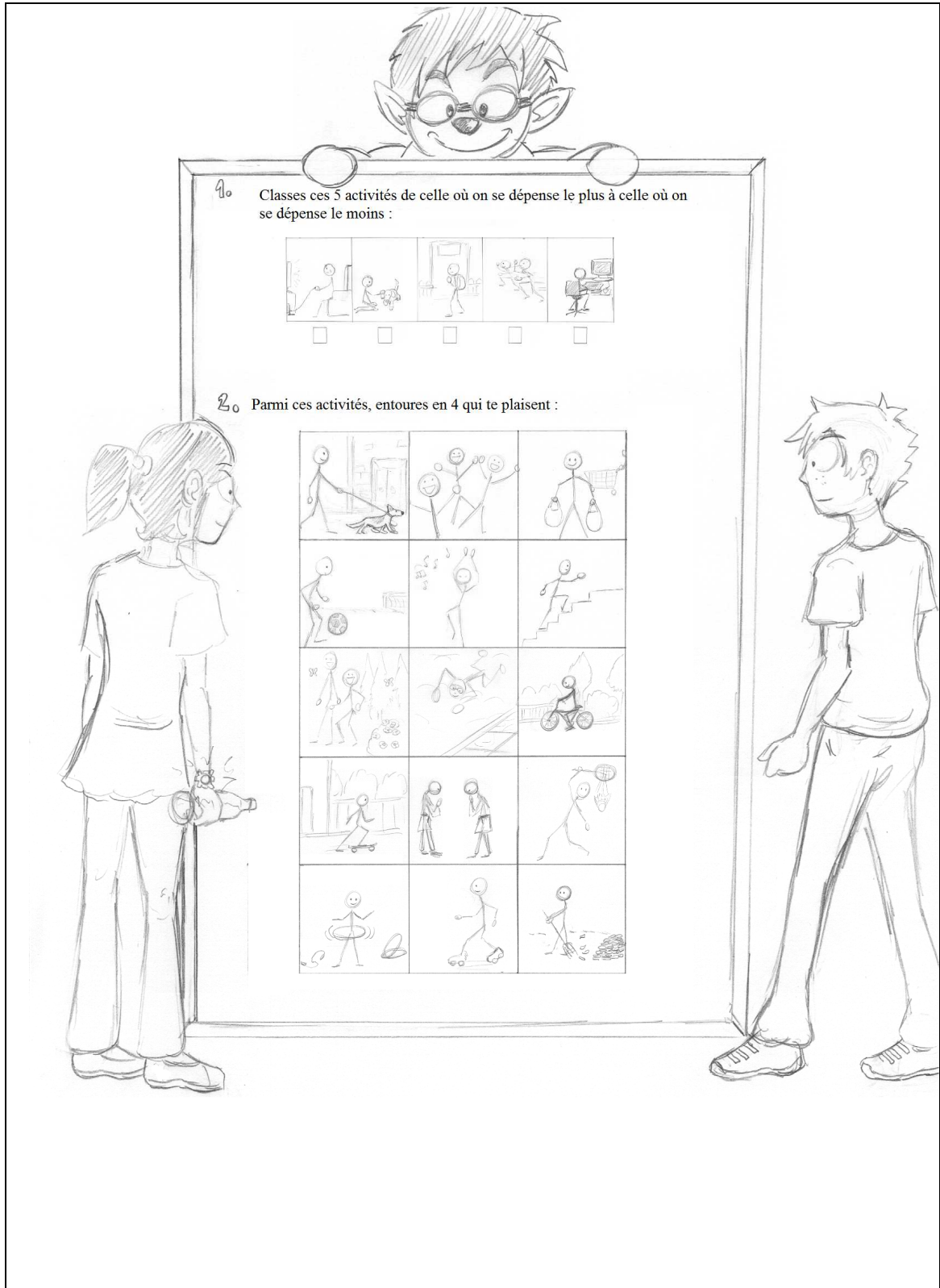


Figure 5 : Jeu Activités physiques

AUTEUR : Nom : MILLEQUANT

Prénom : ANTOINE

Date de Soutenance : 31 MARS 2014

Titre de la Thèse : Création d'un livret pédagogique destiné aux enfants préadolescents en surpoids.

Thèse, Médecine, Lille,

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Surpoids, obésité, pédiatrie, médecine générale, éducation thérapeutique

Résumé :

Contexte : L'obésité est un enjeu majeur de santé publique. En 2012, l'étude ObePi montrait une prévalence de 15 % dans la population générale française. Concernant la population pédiatrique, les études mettent en évidence une prévalence oscillant de 14,3% à 18,2%.

Objectif : Définir les bases de la création d'un livret pédagogique.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée sur la base de l'enregistrement et la retranscription de onze entretiens libres : sept médecins généralistes, trois pédiatres et un pédopsychiatre. Ces entretiens ont été complétés par la réalisation de deux Focus Group auxquels ont été conviés des professionnels de santé intéressés par la problématique du surpoids de l'enfant ainsi qu'une enseignante. Les résultats ont été classés par verbatim et retranscrits sous la forme d'un tableau.

Résultats : L'étude a permis une confirmation de l'âge cible du document : les enfants préadolescents de huit à douze ans. La forme du livret a été retenue avec quatre thèmes : alimentation, activités physiques, bien-être et publicité. L'interactivité est essentielle : jeux éducatifs, utilisation de nombreuses illustrations... Plusieurs pré requis sont définis : participation des parents pour présenter le document, utilisation d'un langage adapté à l'âge, absence de stigmatisation et motivation initiale de l'enfant. Plusieurs freins sont identifiés : niveau socioculturel, culture familiale, influence de la publicité, manque de motivation de l'enfant ou ses proches, irrégularité des consultations à cet âge. Il ressort la nécessité d'un travail pluridisciplinaire associant professionnels de santé, professionnels de la pédagogie de l'enfant et professionnels de l'édition.

Conclusion : Cette étude a permis de poser les bases de la réalisation du livret. A partir des résultats obtenus, un projet de plan ainsi que des projets d'illustrations et de jeux éducatifs ont pu être concrétisés.

Composition du Jury :

Président : Mr le professeur D. TURK

Assesseurs : Mme le professeur M. ROMON-ROUSSEAU

Mr le professeur J-M LEFEBVRE

Mme le professeur C. STEVENARD