

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

**Evaluation du programme
d'éducation thérapeutique
nutritionnelle « P'tit Loup
Grand Crock »**

Etude qualitative réalisée auprès des parents ayant
participé au programme entre 2015 et 2019

GASTINEAU Elisa

Née le 1^{er} octobre 1996 à Château-Gontier (53)

Sous la direction de M. le Docteur MOREUL Jean-François
Sous la codirection de M. le Docteur BEGUE Cyril

Membres du jury

Madame la Professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine	Présidente
Monsieur le Docteur MOREUL Jean-François	Directeur
Monsieur le Docteur BEGUE Cyril	Codirecteur
Madame le Docteur AMSELLEM-JAGER Jessica	Membre

Soutenue publiquement le :
17 Novembre 2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée GASTINEAU Elisa
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **24/06/2023**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« *Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerais les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrais et les perfectionnerais pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine

COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie

LACCOURREYE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
Laurent		
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
Françoise		
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
Pascale		
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN	MEDECINE GENERALE	Médecine
Aline		
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RESTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVIAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ András	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie

MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Christine Tessier-Cazeneuve, de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie chaleureusement de l'intérêt porté à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-François Moreul, d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie pour ton engouement dès les prémices de ce travail. Ta réactivité et ton accompagnement durant ces années m'ont permis de mener à bien ce projet. Ce fut un réel plaisir d'échanger avec toi.

A Monsieur le Docteur Cyril Bègue, d'avoir accepté de codiriger cette thèse. Votre appui méthodologique nous a été d'une grande aide. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Jessica Amsellem-Jager, d'avoir accepté d'être membre de ce jury et d'apporter votre expertise pour juger ce travail. Veuillez recevoir ma sincère considération.

A Lorène Brémaud et Claire Béduneau, pour votre accueil chaleureux lors des ateliers P'tit Loup, ce fut un réel plaisir de vous rencontrer et d'échanger avec vous durant ces séances. Je vous souhaite le meilleur.

Aux familles ayant participé à la session 2021-2022 du programme « Ptit Loup Grand Crock », d'avoir accepté ma présence durant les ateliers. Je vous souhaite à tous une belle continuation.

Aux parents ayant accepté d'échanger avec moi sur leur expérience P'tit Loup, sans vous ce travail n'aurait pu aboutir. Soyez assurés de mes remerciements chaleureux.

A Hélène, merci pour ton implication dans mon travail de thèse. Ce fut un plaisir d'échanger avec toi, merci pour ton codage et tes conseils. Je te souhaite une belle continuation.

A l'ensemble des équipes médicales et paramédicales rencontrées durant mes stages hospitaliers, notamment l'équipe des urgences du Mans, de gériatrie du CHU d'Angers, de diabétologie du CH de Laval et l'équipe de la maternité du CH de Château-Gontier. Merci à l'ensemble des médecins ayant partagé leurs connaissances. Merci à tous les co-internes ayant croisé mon chemin pour les moments partagés.

A mes maitres de stage les Drs Fabien Gobin, Corinne Rivault, Jean-Charles Delestre, Etienne Gabriel, David Fortier, Elodie Canevet, pour m'avoir transmis leurs connaissances et leur amour de la médecine générale. Je vous souhaite le meilleur.

A la maison médicale de Montjean Sur Loire, qui m'accueille depuis plus d'un an en remplacements réguliers, aux cabinets de **Saint Lambert La Potherie, Brain sur l'Authion, Andard, Les Ponts de Cé, La Ménitré, Saint Barthélémy d'Anjou**. Merci pour votre confiance.

A l'ensemble des patients ayant croisé ma route. Vos expériences enrichissent ma pratique, vos mots chaleureux me vont droit au cœur et contribuent à faire de moi la médecin que je suis aujourd'hui.

REMERCIEMENTS

A mes parents, merci pour votre soutien durant ces longues années d'études. Merci de m'avoir transmis la rigueur et la satisfaction du travail bien fait, merci d'avoir cru en moi dès la première année de médecine. Mention spéciale pour les bons petits plats qui m'ont tant réconforté et qui ont contribué, j'en suis sûre, à ma réussite.

A ma sœur Anaïs, et à mon frère Alexis, merci pour ces belles années partagées ensemble à la maison. Merci pour notre complicité en tant que fratrouille, nos mythiques danses de salle de bain nous feront toujours briller sur le dancefloor. Merci d'avoir été là et de m'avoir fait rire durant les moments de révisions parfois difficiles.

A Léa qui a rejoint la famille il y a quelques années et **à Elouan** qui l'a rejoindre récemment, vous embellissez notre famille par votre présence.

A Jade, qui est venue combler mon cœur de bonheur et fait de moi une marraine, te voir grandir et évoluer est un immense bonheur.

A mes quatre grands-parents, merci de m'avoir transmis le bonheur des moments en famille. Je pense bien fort à Papy & Mamie Gastineau et à Mamie Bellanger, vous trois m'avez vus débuter ces études mais êtes partis durant ces longues années. Mamie B je sais que tu aurais été très fière de me voir devenir Docteur aujourd'hui. Vous me manquez.

A mes oncles et tantes, merci pour nos fêtes de famille, même si les études m'en ont fait louper certaines. **A mes cousins**, nos rendez-vous annuels sont toujours une grande partie de plaisir. Remerciement spécial pour Damien et Marion pour le prêt du dictaphone qui m'a permis de réaliser cette thèse. A Sylvain, qui reste dans mon cœur et dans ma mémoire.

A mes beaux-parents Anne-Marie et François (ou plutôt Schnick et Frantz), merci infiniment de m'accueillir dans vos vies comme votre fille. **A Manu, Marie B, Marie, Jean-Phi** et à vos trois loustics **Paul, Raphaël et Manon**. Merci pour tous les moments de bonheur partagés ensemble, de Tokyo à Montréal, en passant évidemment par Laval. Nous continuerons de nous forger de beaux souvenirs, j'en suis certaine.

A mes amis de longue date, connus avant ce long périple des études de médecine : Solène, Mathilde G, Fany, Mathilde B, Audrey, Marianne, Baptiste G, Baptiste C, Antonin, à vos conjoint(e)s et au bébé qui est en route. Vous êtes toujours présents dans ma vie après ces longues années. Merci de m'avoir toujours soutenue malgré mes absences, et d'être restés fidèles à notre amitié.

A mes copinettes, Célia, Anaïs, Elodie J, Elodie T, Elise, Noémie, Esther, Estelle, merci d'avoir embellie mes années d'externat. Merci pour les gouters réconfortants et les grandes discussions entre deux séances de révisions à la BU. Vous voir tour à tour devenir Docteures et évoluer dans vos vies personnelles est un grand bonheur. Je vous souhaite le meilleur pour la suite.

Aux streptocop's du Mans ayant affronté le COVID, Astrid, Aurore, Capucine, Clément, Emma, Etienne, Justine, Lucie, Marie, Sarah, et à leurs conjoint(e)s venus renforcer les troupes (t'as vu Etienne je t'ai cité dans le groupe, j'espère que tu t'en souviendras). Merci pour tous les beaux moments passés ensemble. A nos week-ends à Dijon, Quiberon, Mont-St-Michel et bientôt en bateau, aux week-ends de mariages passés et à venir, je vous souhaite à tous de poursuivre cette belle amitié qui s'est créée. Un mot tout particulier pour la petite Adèle, la plus battante de nous tous.

A Antoine, tu es assurément la plus inattendue et la plus belle rencontre de ces études de médecine. Merci pour ton indéfectible soutien, pour l'amour que tu me portes chaque jour, pour nos projets actuels et ceux à venir. Merci de m'apporter chaque jour un peu plus de bonheur, tu as changé ma vie. Je t'aime.

Liste des abréviations

ASALEE	Action de SAnté Libérale En Equipe
CCX	Code prestation agrégé pour la Consultation CompleXe
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
COREQ	Consolidated criteria for REporting Qualitative research
CSO	Consultation de Suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'Obésité
EPODE	Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants
ESTEBAN	Etude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition
ETP	Education Thérapeutique
IMC	Indice de Masse Corporelle
IOTF	International Obesity Task Force
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maître de Stage Universitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNNS	Programme National Nutrition Santé
VIF®	VIvons en Forme

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. **Caractéristiques de l'étude**
2. **Méthode d'échantillonnage et modalités de recrutement**
3. **Recueil des données**
4. **Analyse des données**
5. **Présuppositions de l'investigatrice**
6. **Aspects éthiques et règlementaires**

RÉSULTATS

1. **Caractéristiques des entretiens**
2. **Caractéristiques des participants**
3. **Les déterminants de l'intégration à un programme d'éducation thérapeutique**
 - 3.1. Être sensibilisé aux sujets du suivi et de la prévention
 - 3.2. L'expérience personnelle parentale
 - 3.3. Être une personne dans l'action
 - 3.4. Aider son enfant
 - 3.5. Les obstacles à l'entrée dans un programme d'éducation thérapeutique
4. **Avis des participants concernant le programme d'éducation thérapeutique « P'tit Loup Grand Crock »**
 - 4.1. L'intérêt d'un travail de groupe
 - 4.2. Devenir sachant
 - 4.3. L'intérêt d'un programme de proximité
 - 4.4. La satisfaction des participants
 - 4.5. Les changements constatés dans les suites du programme
 - 4.6. Les propositions d'amélioration
 - 4.7. L'éducation thérapeutique en ambulatoire : un continuum vers l'éducation thérapeutique en hospitalier ?
5. **Être parent**
 - 5.1. La nutrition comme champ éducationnel
 - 5.2. Le parent comme intermédiaire entre le médecin et son enfant

DISCUSSION

1. **Les résultats principaux**
2. **Forces de l'étude**
3. **Limites de l'étude**
4. **Comparaison avec la littérature**
 - 4.1. Les facteurs influençant le poids de l'enfant
 - 4.2. L'impact du confinement lié à la pandémie de COVID-19
 - 4.3. L'impact d'une action de proximité

4.4. La place du médecin traitant

5. Perspectives

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

La nutrition est un déterminant majeur de santé en termes de morbidité et de mortalité : l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité sont des facteurs de risques ou des facteurs protecteurs de nombreuses maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose. A titre d'exemple, les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux constituent à eux seuls les deux premières causes de mortalité à l'échelle mondiale (15 millions de décès en 2019) (1).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus d'un tiers de la mortalité totale mondiale est attribuable à une combinaison de quelques facteurs de risque, dont la majorité est d'origine nutritionnelle (2). Le surpoids et l'obésité sont reconnus par l'OMS comme une épidémie mondiale. En effet le nombre de cas d'obésité dans le monde a presque triplé depuis les années 1970, et cette augmentation n'épargne pas les enfants puisqu'en 2016, plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents étaient en situation de surpoids ou d'obésité dans le monde (3).

En France, l'étude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (étude ESTEBAN) conduite entre 2014 et 2016 a permis d'estimer la prévalence du surpoids et de l'obésité de l'enfant de 6 à 17 ans à 17% (incluant les 4% en situation d'obésité), alors qu'elle était estimée à 6% à la fin des années 70 (4). Cette augmentation de prévalence chez l'enfant est d'autant plus marquante que les études montrent que le fait d'être obèse dans l'enfance augmente le risque d'obésité à l'âge adulte (5). S'y ajoutent également un risque augmenté de difficultés respiratoires, de fracture, d'hypertension artérielle, de pathologie coronarienne (6), de résistance à l'insuline et de diabète (7), ainsi qu'un risque augmenté de difficultés psychologiques. Les conséquences en matière de santé étant

nombreuses, la prise en charge des enfants en situation de surpoids ou d'obésité est une priorité de santé publique.

En France, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a été mis en place dès 2001 par le Ministère de la Santé, avec pour objectif général d'améliorer la santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition (8).

Les études montrent qu'une intervention réalisée précocement durant l'enfance (avant 8 ans) permet de faire baisser davantage l'Indice de Masse Corporelle (IMC) comparativement à une intervention tardive (9,10).

L'intérêt des programmes d'Education Thérapeutique (ETP) dans ce domaine a été démontré dans de multiples essais thérapeutiques (11,12), et notamment lorsque les parents étaient impliqués dans ces programmes (13,14). L'éducation thérapeutique est une démarche centrée sur le patient, ayant pour objectif de l'aider à acquérir des compétences afin de le rendre plus autonome dans la gestion d'une maladie chronique (15). Dans le domaine de la nutrition, l'éducation thérapeutique des enfants et de leur famille semble être un levier majeur pour lutter contre la morbi-mortalité liée à l'excès de poids.

De nombreux programmes d'éducation thérapeutique ont été conduits ces dernières années en France sur le thème du surpoids et de l'obésité pédiatrique, notamment via des prises en charge pluridisciplinaires réalisées dans des centres dédiés. En revanche, la littérature décrit peu de programmes d'éducation thérapeutique sur ce thème ayant été exclusivement conduits en ambulatoire.

Le Pôle de Santé Ouest Anjou, dans le cadre de sa mission de service public tel que défini par le Code de Santé Publique (16), participe à l'éducation thérapeutique des patients en proposant depuis 2015 un programme intitulé « P'tit Loup Grand Crock ».

Ce programme est constitué de 5 ateliers dédiés à la nutrition (4 concernant l'équilibre alimentaire et 1 concernant l'activité physique), et est proposé aux enfants en situation de rebond d'adiposité précoce, de surpoids ou d'obésité, ainsi qu'à leur famille. Il a été élaboré par une équipe pluridisciplinaire du Pôle de Santé composée d'un médecin généraliste, d'un pharmacien, d'une diététicienne et d'une orthophoniste. L'objectif de ce programme d'éducation thérapeutique en soins primaires n'est pas d'obtenir une baisse de l'IMC mais de donner aux familles des outils et repères nutritionnels leur permettant de modifier leurs habitudes de vie dans un objectif global de meilleure santé.

Lors de la création du programme, l'un des objectifs du Pôle de Santé Ouest Anjou était d'évaluer la satisfaction des familles participantes, au décours immédiat puis à distance de leur participation. Un questionnaire de satisfaction est actuellement remis aux participants à la fin des 5 ateliers. En revanche aucune évaluation à distance n'a pu être réalisée jusqu'à présent. L'objectif de cette thèse était de recueillir la satisfaction des parents plusieurs années après leur participation. Cette thèse s'inscrivait ainsi dans la continuité du projet initial.

MÉTHODES

1. Caractéristiques de l'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès des parents ayant participé au programme d'éducation thérapeutique entre 2015 et 2019. L'objectif principal était de recueillir la satisfaction des parents ayant participé au programme. Afin de mieux comprendre et explorer le vécu des familles, et dans un objectif d'amélioration du programme d'ETP et de la prise en charge globale des patients, les objectifs secondaires de cette étude étaient de recueillir et d'explorer :

- Les motivations et les freins à la participation au programme
- Les obstacles rencontrés durant la participation au programme
- Les éventuels effets observés par le parent à la suite de leur participation au programme
- Leur ressenti concernant la place du médecin traitant dans la question de l'alimentation et de l'activité physique
- Leurs suggestions d'amélioration du programme

2. Méthode d'échantillonnage et modalités de recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé à partir de la liste des familles ayant participé au programme entre 2015 et 2019 inclus. L'échantillon était de type raisonné et homogène, dans l'objectif de maximiser l'expression de diversité d'opinion au sein d'une population ayant vécu la même expérience.

Les familles ont été contactées en mars 2022 par Mme GASTINEAU Elisa par le biais d'une lettre d'information (*Annexe 1*), adressée par mail depuis l'adresse électronique de la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) de Bécon Les Granits. Un maximum de quatre relances

par mail a été effectué jusqu'en octobre 2022, suivies de deux relances par SMS pour les familles pour lesquelles nous disposions de coordonnées téléphoniques.

3. Recueil des données

Le recueil de données a été réalisé dans le cadre d'entretiens individuels semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes (*Annexe 2*). Le guide d'entretien a été écrit après recherche bibliographique et participation aux ateliers-thèses proposés par le Département de Médecine Générale de l'Université d'Angers.

Les entretiens ont été réalisés par Mme GASTINEAU Elisa en présentiel au sein de la salle de réunion du cabinet médical du Louroux-Béconnais ou par téléphone pour des raisons de convenance des participants.

Les entretiens ont été doublement enregistrés sur bande audio, par dictaphone et par téléphone portable, après obtention du consentement oral des participants.

4. Analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits mot à mot à l'aide du logiciel Microsoft Word®. Les silences, les rires, les hésitations ont également été retranscrits, ainsi que le langage non verbal pour les entretiens réalisés en présentiel. Les retranscriptions ont été anonymisées.

Les entretiens ont été analysés dans l'ordre du recueil des données, à l'aide du logiciel Microsoft Excel®, par la méthode de l'analyse thématique inductive.

Un double codage a été effectué par Hélène GARREAU-TOURNEUR, interne de médecine générale réalisant une thèse qualitative sur un sujet différent.

L'étude a été conçue pour répondre autant de possible aux critères de qualité COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) établis en 2007 pour assurer la rigueur scientifique des études qualitatives (Annexe 3).

5. **Présuppositions de l'investigatrice**

Afin de limiter le biais de confirmation et de garder une analyse objective des entretiens réalisés, un travail d'écriture des présuppositions de l'investigatrice a été réalisé en amont de l'analyse des entretiens.

Il ressortait de cette réflexion que pour l'investigatrice, la nutrition était un levier majeur de prévention cardiovasculaire. Les médecins généralistes, par la fréquence des interactions avec les familles à différents moments de leur vie, constituaient des acteurs majeurs de prévention et avaient un grand rôle à jouer dans le repérage du surpoids et de l'obésité. L'expérience de l'investigatrice des consultations en cabinet lui a permis de constater que certains patients ne semblaient pas connaître les bases d'une alimentation saine, et certains semblaient en demande de conseils. L'éducation thérapeutique semblait être un outil intéressant dans ce domaine, mais pouvait générer une forme d'épuisement chez les professionnels la pratiquant.

6. **Aspects éthiques et règlementaires**

Le consentement oral des participants a été recueilli et enregistré.

Les données colligées ont fait l'objet d'une déclaration CNIL (Annexe 4).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des entretiens

Un total de dix entretiens semi-dirigés a été réalisé. Trois entretiens ont été réalisés en présentiel au sein de la salle de réunion du cabinet médical du Louroux-Béconnais. Sept entretiens ont été réalisés par téléphone pour des raisons de convenance des participants. La saturation des données semblait avoir été obtenue au cours du huitième entretien, et a été confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires. La durée totale de l'ensemble des entretiens était de 6 heures et 38 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 39 minutes. L'entretien le plus court a duré 19 minutes. L'entretien le plus long a duré 75 minutes.

2. Caractéristiques des participants

Vingt-cinq adultes répartis en dix-sept familles ont été recensés et contactés. Dix personnes ont été interrogées. 90% d'entre elles étaient des femmes. 88,8% des répondants étaient mariés ou en concubinage. Les familles étaient composées en moyenne de 2,2 enfants. La moyenne d'âge des répondants était de 44,2 ans.

Les caractéristiques des personnes interrogées sont rassemblées dans le Tableau I :

Tableau I : Caractéristiques des entretiens et des participants

Entretien	Age	Sexe	Situation professionnelle	Situation familiale	Session d'ETP (Age des enfants durant la participation)	Durée de l'entretien	Type d'entretien
E1	44	F	Salariée (privé)	Mariée, 3 enfants	2017 (11, 7, 7 ans)	25 min	Présentiel
E2	48	H	Salarié (privé)	Divorcé, 2 enfants	2018 (12 ans, 10 ans)	29 min	Présentiel

E3	37	F	Salariée (public)	Séparée, en concubinage, 1 enfant	2019 (9 ans)	44 min	Téléphonique
E4	37	F	Salariée (public)	Mariée, 3 enfants, un seul enfant participant	2019 (6 ans)	75 min	Présentiel
E5	53	F	Salariée (public)	Mariée, 2 enfants	2016 (13 ans, 10 ans)	47 min	Téléphonique
E6	51	F	Salariée (privé)	En couple, 3 enfants	2017 (20, 15, 8 ans)	32 min	Téléphonique
E7	43	F	Salariée (public)	Situation conjugale non communiquée, 2 enfants	2018 (12 ans, 8 ans)	19 min	Téléphonique
E8	43	F	Salariée (privé)	Mariée, 2 enfants, un seul enfant participant	2017 (8 ans)	19 min	Téléphonique
E9	42	F	Salariée (public)	Mariée, 2 enfants	2016 (10 ans, 6 ans)	54 min	Téléphonique
E10	44	F	Salariée (public)	Mariée, 2 enfants, un seul enfant participant	2017 (10 ans)	51 min	Téléphonique

3. Les déterminants de l'intégration à un programme d'éducation thérapeutique

Il ressortait des entretiens que certains profils de personnalité et certains traits de caractère semblaient faciliter l'adhésion à un programme d'éducation thérapeutique.

3.1. Être sensibilisé aux sujets du suivi et de la prévention

Les parents interrogés assuraient le suivi médical de leur enfant et semblaient sensibilisés à l'importance du suivi de la croissance.

« Je vais pas souvent chez le médecin mais chaque année je fais le rendez-vous pédiatrique quand même »

(E1)

Ils semblaient également sensibilisés à l'intérêt de la prévention.

« Il faut sensibiliser l'enfant, à l'entrée à l'adolescence, à bien manger. C'est important, c'est vrai. Pour qu'il ait de bonnes habitudes de vie. » (E5)

« Et au final c'est pas grand-chose, enfin si on s'y prend de bonne heure. » (E1)

3.2. L'expérience personnelle parentale

3.2.1. L'expérience personnelle du surpoids

Il semblait que l'expérience personnelle du surpoids chez le parent, durant l'enfance ou à l'âge adulte, influençait potentiellement la participation à un programme d'ETP pour son enfant.

« Moi j'ai été en surpoids dès l'adolescence donc forcément [...] les railleries je sais ce que c'est » (E1)

« Etant obèse [...] je veux pas que plus tard elle soit comme moi » (E4)

3.2.2. L'expérience personnelle de l'éducation thérapeutique

La connaissance préalable du principe d'éducation thérapeutique chez certains parents semblait pouvoir influencer positivement la participation à un nouveau programme.

« Mon mari il a fait celui pour les maux de dos [...] c'est un autre sujet mais je trouve que la démarche elle est top, on apprend des trucs, on prend des petits réflexes » (E1)

3.3. Être une personne dans l'action

Les parents répondants étaient pour la plupart le parent moteur pour l'entrée dans le programme d'ETP. Après en avoir discuté avec leur médecin, ils avaient ensuite convaincu leur famille.

« Mon médecin m'a parlé de ça, je lui ai dit ouais pourquoi pas, j'en ai parlé avec tout le monde, et puis c'est comme ça qu'on est partis dans le truc quoi » « On y est toujours tous allés » (E1)

Ils semblaient avoir une facilité à se remettre en question, à être dans l'action pour changer les choses.

« Je me suis dit il y a surement des choses à changer dans mon alimentation » « Moi je suis dans l'optique : je tente. Ça marche tant mieux, ça ne marche pas ben tant pis on aura essayé » (E4)

Mais ils avaient besoin de l'aide d'une tierce personne pour acquérir ces connaissances et compétences, et pour maintenir les efforts dans le temps.

« Ce qui me manque c'est quelqu'un qui me montre, qui m'explique comment faire » (E2)
« On sait comment il faudrait faire mais on a besoin d'être un peu recadrés, voyez » (E10)

Les parents participants avaient pour la plupart déjà essayé d'agir par eux-mêmes concernant le surpoids de leur enfant, mais sans réussite.

« Enlever les gâteaux au gouter, ce genre de choses [...] c'était pas forcément suffisant » (E1)
« On a beau essayer de faire attention ça ne marche pas quoi. » (E9)

3.4. Aider son enfant

Certains parents avaient perçu une réelle souffrance de leur enfant vis-à-vis de leur problème de poids, et cela avait constitué le principal moteur de leur participation.

« Lui il le vivait mal, et moi je voulais surtout le soulager vis-à-vis de ça » (E9)
« Si on y a été c'est parce qu'elle m'avait dit « *maman on pourrait faire en sorte que je maigrisse un peu* »,
sinon j'aurais laissé. Pour moi y'avait pas de problème particulier » (E10)

Un parent participant avait perçu le programme comme une dernière chance pour aider sa fille à manger.

« Je l'ai fait pour que ma fille puisse manger. Moi j'avais plus de solutions. Je me suis dit ça peut être une aide pour nous » (E4) *NB : son enfant a par la suite été pris en charge pour des troubles de l'oralité qui ont été dépistés*
durant le programme.

3.5. Les obstacles à l'entrée dans un programme d'éducation thérapeutique

Bien que les parents interrogés aient participé au programme, ils exprimaient certaines limites pouvant constituer un obstacle à la participation des familles.

3.5.1. Les difficultés organisationnelles

Les contraintes organisationnelles de lieu et de temps ont été citées quelques parents comme un potentiel frein à leur participation.

« Si ce n'est peut-être les horaires [...] c'était après les cours, le soir, et pas toujours au même endroit » (E2)

« Ce qui aurait pu nous freiner éventuellement, c'est la distance [...] c'était pas toujours très adapté au niveau des horaires » (E6)

3.5.2. Le fatalisme

Certains parents exprimaient durant les entretiens une certaine forme de fatalité concernant le surpoids de leur enfant et de leur famille. Ce sentiment pourrait dissuader certaines familles de participer.

« Ca changeait rien de dépenser autant d'énergie à essayer de perdre du poids [...] au final on voyait clairement que c'était un problème de métabolisme » (E9)

« Le poids on l'a [...] on est ce qu'on est quoi [...] on est fait comme ça il faut juste accepter » « C'est dans nos gènes quoi » (E10)

3.5.3. La minimisation

Les parents avaient tendance à minimiser et à utiliser des euphémismes pour parler du poids de leur enfant.

« Elle fait pas peine à voir [...] elle est pas dans la moyenne basse, ça c'est sur » (E2)

« Elle était pas ... elle était pas obèse hein, mais bien portante » (E10)

Certains parents ne semblaient pas percevoir le surpoids de leur enfant et ne se sentaient donc pas concernés par le programme.

« Le programme [...] était plus entre guillemets « réservé aux personnes en surpoids », donc voilà. C'était rentrer un peu dans le cliché des personnes un peu obèses et que ce ne soit pas adapté à nous en fait » (E8)

Les parents souhaitaient également protéger leurs enfants d'une forme de culpabilisation de la part du corps médical.

« Dernièrement j'avais un peu peur qu'il se bloque [...] Je peux pas tout lui interdire non plus » (E3)

« Ne mettez pas des problèmes là où il n'y en a pas [...] On ne peut pas avoir des normes identiques pour tous les enfants [...] Il faut prendre l'enfant dans sa globalité » (E5)

« On ne sait pas si elle est dans la norme ou pas mais elle a l'air de bien se sentir avec son corps. » (E10)

3.5.4. Le désaccord au sein du couple parental

Certains parents étaient parfois en désaccord sur l'intérêt de participer à un programme d'éducation thérapeutique.

« Mon conjoint ne voyait pas pourquoi faire ça [...] il est obèse mais ça le gêne pas, alors que mon fils lui ça le gêne [...] il ne comprenait pas que je veuille le faire, il n'était pas pour » (E9)

« Mon conjoint [...] c'est pas quelqu'un qui était impliqué, il souhaitait pas forcément participer voyez » (E10)

3.5.5. La crainte du jugement

Le caractère collectif du programme pouvait être un frein à la participation. Le programme étant local, certains parents craignaient de rencontrer des personnes qu'ils connaissaient, et ainsi se confronter à leur jugement.

« On connaissait un peu de monde donc là on s'est dit ben ... par contre ... on n'en a jamais fait part autour de nous. Ça reste une démarche individuelle [...] on est dans des petits villages tout le monde se connaît quoi » (E1)

De plus, les parents craignaient que leur enfant soit stigmatisé en participant à un programme nutritionnel.

« J'avais pas envie déjà qu'on la catalogue tout de suite [...] Enfin je savais bien qu'on y allait pour ça mais euh, je trouve que c'était bien de pas trop ... stigmatiser le truc quoi. » (E1)

3.5.6. La remise en question des compétences parentales

L'apprentissage de l'alimentation semblait faire partie de l'éducation pour certains parents interrogés. Le moment du repas semblait être un moment de partage et de transmission des valeurs familiales, et celui-ci était empreint de culture.

« L'esprit de la famille c'est on s'installe, on mange, des bonnes choses qui nous font plaisir, et à volonté » « Le but de l'alimentation c'est le partage en famille » (E5)

Ainsi, remettre en question le déroulement et le contenu des repas a pu être vécu comme intrusif par certaines familles, et a pu être perçu comme une remise en question de leurs compétences parentales.

« Je n'étais pas favorable [...] Je veux que vous laissiez mon enfant manger à partir du moment où il ne mange pas de manière déséquilibrée [...] je lui cuisine de bons produits » (E5)

4. Avis des participants concernant le programme d'éducation thérapeutique « P'tit Loup Grand Crock »

4.1. L'intérêt d'un travail de groupe

4.1.1. Evoluer grâce aux autres

Le groupe permettait d'échanger, d'exprimer la diversité des habitudes alimentaires, et de faire évoluer chacun des participants sur ses pratiques. Par la comparaison entre les participants, le travail de groupe semblait faciliter la remise en question.

« C'est dans la discussion qu'on voit nos erreurs » (E1)

« On prend les conseils des autres, c'est une manière de partager notre expérience à nous, et de prendre des autres aussi. » (E8)

Le groupe permettait également d'encourager les enfants dans leurs modifications alimentaires.

« En voyant les autres enfants faire, elle a eu envie de le faire » (E4)

Le groupe semblait également faciliter l'application des modifications alimentaires à la maison.

« Quand il faut rendre des comptes on se force à le faire aussi. Parce que les enfants ça dit tout. *Rires*.

Donc si on n'a pas fait, ils vont dire ce qu'ils n'ont pas fait. *Rires* » (E4)

4.1.2. Rompre l'isolement

Certains parents semblaient rassurés par le caractère collectif du programme. La rencontre avec d'autres familles qui présentaient les mêmes problématiques permettait de rompre l'isolement parfois ressenti par les parents et leurs enfants.

« Découvrir qu'il n'y avait pas qu'elle qui avait un souci alimentaire, ça l'a réconforté, elle se sentait moins seule en fait [...] Avant on avait beaucoup de remarques et c'est vrai qu'on s'était un peu isolés car c'est fatigant de devoir se justifier » (E4) NB : *son enfant a par la suite été pris en charge pour des troubles de l'oralité qui ont été dépistés durant le programme.*

« Ca lui avait fait du bien de voir aussi des enfants dans ses âges qui avaient les mêmes soucis que lui [...] et de se dire qu'il n'était pas tout seul » (E9)

4.1.3. Rompre le tabou du surpoids

Les parents semblaient en difficulté pour aborder le sujet du surpoids et de l'alimentation avec leur enfant. Ils souhaitaient que leur enfant soit en meilleure santé possible mais craignaient de générer des complexes en abordant ce sujet avec eux.

« Je m'inquiétais par rapport à son poids [...] c'est vrai que c'est jamais évident de parler du poids à son enfant. J'avais un peu peur de le bloquer » (E3)

Les mots « surpoids » ou « obèse » avaient d'ailleurs tendance à être évités par les parents durant les entretiens qui préféraient utiliser des synonymes du type « avoir de l'embonpoint », ou bien des euphémismes comme vu précédemment.

Les ateliers du programme « P’tit Loup Grand Crock » étaient animés par des professionnels de santé. Cela était perçu par les parents interrogés comme une opportunité de briser le tabou du surpoids avec leur enfant, par l’intermédiaire d’une tierce personne.

« Qu'il y ait des gens extérieurs [...] qui puissent lui parler ouvertement, je pense que c'est plus facile [...]

moins douloureux pour lui » (E3)

« Ce qu'on a aimé, c'est que déjà c'était pas dit par nous, c'était dit par des personnes extérieures » (E7)

4.1.4. L'absence de stigmatisation de l'enfant

La bienveillance du programme a été rapportée par de multiples parents. Le fait que le programme intégrait non seulement l’enfant présentant une problématique de poids, mais également toute sa famille, a été apprécié par les parents.

« Alors déjà c'est un programme pour la famille, et pas ciblé sur ma fille [...] ça a été moins culpabilisant » (E2)

« Les enfants se sentaient moins pointés du doigt en groupe qu'en individuel » (E6)

4.2. Devenir sachant

4.2.1. Développer ses compétences nutritionnelles

Le programme permettait d’informer les parents ainsi que leurs enfants sur les différentes familles d’aliments et les quantités recommandées selon l’âge, leur permettant de remettre en question leurs pratiques alimentaires.

« On reconnaît qu'on mangeait en très grande quantité, et notamment *prénom* qui mangeait comme nous les adultes » « Par ces ateliers on a compris que c'était beaucoup trop » (E6)

Le programme permettait l’apprentissage de compétences et d’outils qui pouvaient être utilisés comme repères.

« Des repères par exemple sur la main des enfants, pour qu'ils puissent repérer ce à quoi ils pouvaient prétendre à manger, par rapport à la paume de la main, ou à la main entière » (E6)

Le programme permettait également d’apprendre des astuces au quotidien.

« On a essayé de remplacer certains aliments pour mettre plus d'aromates, [...] prendre une petite assiette à dessert au lieu d'une grande [...] Ca nous a donné des petits conseils, des petites clés, des petites choses à appliquer au quotidien » (E6)

4.2.2. Transmettre les connaissances et compétences acquises

Après avoir acquis des connaissances et des compétences en matière de nutrition, les parents participants ont pu les transmettre à leurs proches, permettant parfois d'éviter certains jugements.

« Dans notre famille, les reproches c'était facile hein, qu'on lui donnait mal à manger [...] Du coup j'ai expliqué à tout le monde quel était le problème de *prénom* et les gens ont fini par comprendre » (E4)

NB : *son enfant a été pris en charge pour des troubles de l'oralité qui ont été dépistés durant le programme.*

« Ma maman avait souvent tendance à acheter des cochonneries quand on venait la voir. Et un jour je lui dis stop *prénom* est en surpoids, et ma mère était dans le déni » (E3)

Certains parents se faisaient intermédiaire entre leurs proches et les professionnels de santé, pour inciter à consulter en cas de problème de poids.

« J'incite les gens j'en parle facilement, je discute du programme [...] je leur dis qu'il faut aller voir quelqu'un » (E10)

4.3. L'intérêt d'un programme de proximité

4.3.1. Rencontrer des professionnels de santé de son secteur géographique

Le caractère local du programme a été apprécié par les participants. Les parents semblaient rassurés de connaître les lieux de rendez-vous et les professionnels qui encadraient les séances. Il semblait que pour certaines familles, ce caractère local a pu être un déterminant à leur participation.

« Le corps médical on en connaissait plus de la moitié quoi [...] Y'a ce côté plus convivial, ça enlève des barrières » (E1)

La présence des professionnels de santé du secteur leur permettait également de se faire connaître auprès des familles participantes.

Pour d'autres participants le fait de connaître les encadrants ou d'être proche de chez eux n'avait pas influencé leur décision de participer au programme.

« Ca aurait été exactement pareil si on les avait pas connues précédemment » (E2)

4.3.2. Faciliter l'accessibilité et l'organisation

Les séances ayant principalement lieu en fin de journée, la proximité géographique semblait favoriser la participation des familles, en leur évitant de grands trajets en voiture.

« Ça c'était bien [...] le fait que ce soit chez nous [...] pas besoin d'aller à Angers. » (E1)

« J'ai pas eu de problème d'organisation, en plus c'était toujours à côté sur *ville* donc pas très loin » (E10)

La gratuité du programme a également été mentionnée par certaines familles comme un potentiel déterminant de leur participation.

« C'est gratuit, ça mange pas de pain, on peut apprendre des trucs » (E1)

Pour les familles déjà motivées à participer au programme, la localisation semblait peu influencer leur prise de décision.

« Si ça avait été plus loin on y aurait été aussi, pour ma fille y'avait besoin » (E4)

4.4. La satisfaction des participants

4.4.1. Les retours positifs et leurs déterminants

La quasi-totalité des parents répondants étaient satisfaits de leur participation.

« Si je devais conseiller des parents qui s'inquiètent du surpoids de leur enfant je leur conseillerai clairement de le faire » (E3)

« Le programme ça nous a sauvé [...] on a découvert ce qu'elle avait [...] son alimentation maintenant est un peu plus variée » « Les repas sont devenus beaucoup plus sereins » (E4) NB : *son enfant a par la suite été pris en charge pour des troubles de l'oralité qui ont été dépistés durant le programme.*

Un déterminant de la satisfaction semblait être lié au fait de se reconnaître dans le groupe.

« C'était exactement le même type de famille et on s'est bien entendus [...] Le fait d'avoir des points communs c'était beaucoup plus facile d'échanger » (E7)

L'ensemble des parents répondants ont évoqué la bienveillance du programme, l'absence de jugement, la convivialité du programme.

« On était un bon groupe, on communiquait bien, on s'entraînait » (E4)

« On s'était retrouvés avec des familles qui étaient vraiment sympa [...] on a créé des liens » (E9)

Cette convivialité semblait être un levier pour l'adhésion des parents qui étaient réticents à participer.

« Au début il était réticent, mais après c'était un plaisir de se retrouver à chaque fois » « Il a participé pour être avec les autres [...] pour les bons moments » (E9)

Les parents ont également salué la qualité des encadrants et la qualité du contenu proposé.

« C'était bien diversifié. Chaque séance avait son intérêt, tout en expliquant bien aux enfants donc ça c'est top » (E7)

« La diététicienne a été super, vraiment de bon conseil, l'infirmière de *ville* elle était top » (E3)

4.4.2. L'insatisfaction et ses déterminants

Certaines familles avaient un avis plus mitigé concernant le programme, notamment lorsqu'elles ne s'étaient pas reconnues à travers le groupe pour diverses raisons.

« *prénom* a rencontré d'autres enfants, mais qui n'avaient pas la même problématique que nous [...] On s'est rendu compte [...] qu'on n'avait pas la même approche du repas » (E5)

« Mon mari s'est retrouvé avec des personnes qui étaient vraiment en surpoids [...] limite je pense obèse, alors que ma fille n'était pas du tout obèse [...] et il y avait aussi je pense un décalage d'âge. [...] C'était pas toujours adapté à notre fille en fait » (E8)

Lorsque les familles ne se reconnaissaient pas dans le groupe qui les accompagnait, la remise en question semblait plus difficile.

« A chaque fois qu'on sortait, ben ... nous on se disait « *ben qu'est-ce qu'on change ? Ben rien* » Notre problématique à nous c'était les quantités. [...] C'est difficile de dire à un enfant « *bon on va te peser ta quantité* », moi j'étais contre » (E5)

Malgré les efforts des encadrants pour garder une position neutre et l'absence de jugement, certaines familles soulevaient tout de même un sentiment de culpabilisation.

« Ce qui m'avait gêné c'était l'aspect culpabilisation de l'enfant » (E5)

Cependant, les familles qui exprimaient un avis plus mitigé concernant le programme étaient tout de même contentes d'y avoir participé, et reconnaissaient l'intérêt du programme.

« Je trouve que c'est très bien, je pense que ça peut aider certaines personnes [...] Y'avait un bon échange, ça c'était important » (E8)

« Ca nous a permis d'échanger [...] Ptit Loup Grand Crock ça reste une belle expérience parce qu'il a rencontré des gens de son âge, à son époque. Il a pu exprimer certaines choses, ça aussi c'était bien » (E5)

4.5. Les changements constatés dans les suites du programme

4.5.1. Les changements effectués par les parents

Les parents déclaraient apporter plus de vigilance sur les quantités consommées, ainsi qu'à la composition des repas.

« On essaie de faire un peu plus attention aux portions » (E3)

« C'est devenu une routine, on a toujours un féculent et un légume dans l'assiette. C'est automatique. » (E6)

Les parents déclaraient apporter plus de vigilance à l'activité physique de leur enfant.

« La marche était très difficile pour *prénom* [...] mais maintenant il n'y a plus de soucis [...] elle adore marcher » « Notre façon de vivre a beaucoup changé je pense grâce au programme » (E4)

A l'inverse, certaines familles avaient pu constater que leurs habitudes alimentaires étaient bonnes et n'avaient effectué aucun changement à la suite de leur participation au programme :

« Je vais vous dire honnêtement : on n'a rien changé. Parce que dans notre façon de vivre ben ... on a trouvé que c'était sain » (E5)

« J'ai toujours cuisiné en faisant attention [...] Ce programme ça nous donnait des conseils [...] J'ai pas changé du tout ma façon de faire quoi » (E8)

4.5.2. Les changements observés sur les enfants

Durant les entretiens, les parents ont évoqué les changements constatés sur leurs enfants.

Les enfants semblaient plus sensibilisés aux questions nutritionnelles, et semblaient se réguler plus facilement.

« Il fait un peu plus attention, même avec les fruits des fois il n'en veut pas mais il sait qu'il faut forcément 5 fruits et légumes par jour » (E3)

Certains parents ont également évoqué les modifications de corpulence de leur enfant dans les suites du programme.

« Y'a quand même eu une petite amélioration, [...] là actuellement son IMC est dans les courbes » (E7)

« Elle a changé sa façon de manger, elle a perdu du poids dans les mois qui ont suivi » (E10)

Cependant les parents ne rattachaient pas uniquement les modifications de corpulence à l'unique action du programme. Ils attribuaient l'amélioration de la courbe d'IMC à l'influence de la croissance.

« Ma fille n'est plus en surpoids aujourd'hui par exemple. [...] Avec l'adolescence elle s'est affinée » (E8)

« Il a grandi donc ça lui a permis de couler » (E9)

Certains parents n'avaient observé aucun changement sur leur enfant.

« Ça n'a eu aucun effet sur la vie de ma fille [...] elle ne s'en souvient même pas [...] Elle n'a pris aucune habitude suite à ce programme » (E8)

Les parents expliquaient l'absence de modification de corpulence par des facteurs d'hérédité et des différences de métabolismes.

« Je pense qu'il n'y a pas que l'histoire d'alimentation il y a aussi les gènes » (E10)

« Y'a des gens qui mangent et qui prennent pas, et lui je pense qu'il prend. » (E3)

4.5.3. La pérennité des changements initiés

Certains parents observaient encore les bénéfices du programme et avaient intégré les modifications alimentaires et l'activité physique dans leur quotidien.

« On a gardé cette habitude, ça a été dur de la mettre en place, mais après une fois qu'elle est installée, ben c'est devenu la routine enfait » (E6)

Pour d'autres familles les changements n'avaient été que temporaires.

« Ca a été bénéfique les quelques semaines et mois qui ont suivis » (E2)

« Aujourd'hui je ne l'applique plus le programme [...] Ca a été bénéfique quelques temps mais pas sur du long terme » (E8)

Certains parents avaient évoqué l'impact de la pandémie de COVID 19 sur l'alimentation et l'activité physique de leur famille.

« Parce qu'au COVID .. pfff .. du coup y'avait plus d'activité sportive c'était un peu la galère [...] on voit bien sur son carnet de santé un petit rebond à ce niveau-là » (E7)

« Le premier confinement [...] j'ai pas mal cuisiné et on n'a pas bougé [...] ça a été vraiment une catastrophe parce que là on a tous pris du poids [...] on a repris énormément de mauvaises habitudes » (E9)

Les parents évoquaient également les progrès qui restaient à faire et continuaient de remettre en question leurs habitudes d'alimentation et d'activité physique.

« On le sait très bien, on fait pas assez de sport, on se dépense pas assez donc forcément ... et pourtant on essaie de faire attention à ce qu'on mange » (E3)

4.6. Les propositions d'amélioration

4.6.1. Concernant le contenu des séances

Certains parents suggéraient de passer plus de temps en présence des enfants afin d'échanger avec eux autour de l'alimentation et des problématiques de poids.

« Peut-être plus d'échanges entre les enfants et les parents [...] ils auraient pu participer à nos discussions [...] donner leur avis » (E1)

Certains parents suggéraient d'évoquer l'impact psychologique du surpoids, notamment la question de l'acceptation de soi.

« Pourquoi pas échanger sur ce côté-là de psychologie, acceptation de soi [...] Parce que y'a une souffrance »
(E10)

Les participants souhaitaient également récupérer les supports utilisés pendant les ateliers, pour faciliter le maintien des modifications après la fin du programme.

« Je trouve ça bien d'avoir quand même des supports pour après, pour que ça puisse continuer à la maison »
(E7)

4.6.2. Concernant le nombre et la fréquence des séances

Certains parents suggéraient que le programme soit plus long dans le temps.

« Je trouve qu'il y a un manque de séances » « Trop court pour un suivi vraiment, pour éviter qu'il y ait un surpoids qui continue » (E3)

D'autres suggéraient d'intensifier le suivi en augmentant la fréquence des ateliers, pour faciliter le maintien des efforts entre les séances.

« Peut-être rapprocher les séances [...] une fois par mois je dirais [...] si on n'est pas reboostés derrière on reprend vite nos mauvaises habitudes » (E6)

4.6.3. Concernant le suivi à distance

Certains parents suggéraient une séance collective de bilan, à distance de la participation afin d'avoir des nouvelles des autres participants de leur session.

« Ma fille se demandait si ses copains du programme avaient réussi à résoudre leur problème »
(E4)

D'autres parents suggéraient la réalisation de cette séance de bilan de manière individuelle.

« Un suivi pour vraiment faire le point [...], planifier un rendez-vous mais avec le médecin et la diététicienne pour voir où vous en est » (E9)

4.6.4. Concernant la visibilité du programme

Les parents ont mentionné l'absence de visibilité du programme et suggéraient d'améliorer la communication autour de celui-ci.

« On n'en avait pas entendu parler [...] Sans mon médecin je ne saurai pas que ce programme existe [...] Y'a pas de dépliant » (E7)

4.7. L'éducation thérapeutique en ambulatoire : un continuum vers l'éducation thérapeutique en hospitalier ?

Les parents ont apprécié le caractère non médicalisé du programme P'tit Loup, et semblaient associer le programme hospitalier à une certaine forme de gravité, contrairement au programme ambulatoire qui serait destiné aux situations plus bénignes.

« Elle était loin d'être à ce niveau-là ... c'était pas non plus des consultations au CHU quoi ... là c'était juste un petit coup de pouce » (E7)

Pour certaines familles le programme P'tit Loup Grand Crock avait servi de porte d'entrée dans l'éducation thérapeutique, et de tremplin vers un programme hospitalier.

« Ca a été un bon départ parce qu'après *prénom* a suivi un autre programme à l'hôpital » (E6)

5. Être parent

5.1. La nutrition comme champ éducationnel

Comme vu précédemment, le sujet de l'alimentation semblait imprégné des valeurs familiales. L'éducation à la nutrition était perçue par les participants comme une compétence parentale, au même titre que les autres champs de l'éducation.

« C'est le rôle des parents de donner une bonne hygiène, une bonne alimentation [...] On est les premiers acteurs » (E8)

5.1.1. Une potentielle source de conflit

Comme tout champ éducatif, l'alimentation pouvait ainsi être une source de conflit au sein des familles.

« Quand on se mettait à table on redoutait ce moment, on savait qu'elle allait pleurer car nous on voulait qu'elle mange, et du coup ça énervait tout le monde » (E4)

L'excès de poids chez l'enfant était parfois perçu comme un échec parental et pouvait être source de culpabilisation.

« C'est en partie de ma faute parce que je le bouge pas plus que ça » (E9)

5.1.2. Le consensus parental

Certains entretiens faisaient percevoir une absence de consensus parental concernant l'alimentation de leur enfant.

« Il était habitué tout petit malheureusement à avoir un menu spécial par sa mère [...] moi j'ai pas l'habitude de faire 36 menus. » (E2)

« Il y a pleins de petites choses comme ça à modifier, qu'on pourrait modifier pour moi et pour mon fils, mais après pour mon compagnon ça va être plus difficile quoi. » (E3)

Questionner l'alimentation revenait ainsi à questionner l'organisation de la cellule familiale.

Sur ce sujet les entretiens mettaient en évidence la charge mentale, principalement maternelle, concernant la gestion des repas et leur équilibre nutritionnel. Certaines mamans se sentaient tenues de compenser les excès alimentaires générés par le papa :

« Là il va chez son papa un week-end sur deux, [...] y'a eu des périodes où il allait au fast food deux fois dans le week-end [...] On est obligés un peu de rectifier le tir » (E3)

« J'ai mon conjoint qui est pas du tout dans cette optique-là [...] il sort toujours ses trucs donc c'est tentant pour mon fils d'aller piocher du saucisson etc » (E9)

5.1.3. L'impact de la psychologie sur l'alimentation

L'éducation nutritionnelle donnée par les parents semblait également imprégnée de la psychologie parentale, de leurs croyances et de leur vécu. Les parents reconnaissaient volontiers que l'alimentation n'avait pas uniquement pour but de répondre au besoin primaire de se nourrir. L'alimentation avait parfois pour rôle de compenser une absence.

« Quand on s'est séparés avec son papa il avait 16 mois, [...] je pense que je m'étais mis en tête que si y'a beaucoup dans son assiette, au moins je sais qu'il manque pas de Silence .. voilà ... d'aliments. » (E3)

« Comme c'est un enfant unique son papa avait toujours peur qu'il manque, donc toujours tendance à mettre de bonnes assiettes, moi je trouvais que c'est beaucoup » (E6)

L'alimentation avait parfois pour rôle de compenser des émotions négatives.

« Il y a eu harcèlement scolaire, donc je pense que y'a eu tout ce qui est psychique qui a fait que voilà il s'est un peu mis dans l'alimentation. » (E3)

5.2. Le parent comme intermédiaire entre le médecin et son enfant

5.2.1. Un rôle reconnu de dépistage et d'alerte

La quasi totalité des parents répondants avait été alertée par le médecin traitant concernant le surpoids de leur enfant, et orientée par lui/elle vers le programme.

« A chaque fois qu'on y allait pour une visite [...] il trouvait que mon deuxième fils [...] prenait trop vite du poids » (E5)

Le médecin généraliste était reconnu par les parents comme un acteur majeur dans le dépistage et dans l'alerte concernant les problématiques de poids.

« Je pense que c'est quelque chose d'essentiel d'avoir un médecin généraliste qui fasse attention. [...] parce que y'a certainement des parents qui font pas attention. » (E3)

« C'est au médecin de tirer la sonnette d'alarme quand il y a besoin » (E8)

5.2.2. Un rôle méconnu d'accompagnant en nutrition

Le médecin généraliste ne semblait pas être l'interlocuteur de choix lorsque les familles avaient besoin de conseils plus approfondis en matière de nutrition. Les parents ne semblaient pas considérer le médecin comme un potentiel accompagnant dans ce domaine, et le médecin lui-même ne semblait pas se positionner comme tel.

« Il nous a jamais parlé de l'alimentation hein. Il mesure, il pèse, on voit au niveau des courbes ce que ça donne [...] en 15 minutes de consultation il peut pas faire grand-chose de plus. *Rires.* » (E7)

Un parent répondant avait connu le programme par l'intermédiaire de la diététicienne, suite à un sentiment de non-écoute de la part des médecins.

« Tous les médecins que j'ai trouvés disaient que c'était moi qui la nourrissait mal. Moi étant obèse, mon mari étant obèse, automatiquement le cliché fait que .. on nourrit mal nos enfants [...] On nous croyait pas enfant » (E4) *NB : son enfant a par la suite été pris en charge pour des troubles de l'oralité qui ont été dépistés durant le programme.*

5.2.3. Le vécu de la pesée

Le moment de la pesée lors d'une consultation médicale était parfois mal vécu par l'enfant, mais également par le parent qui l'accompagnait.

« La visite pour le sport c'était toujours des nœuds à l'estomac [...] On vivait comme une souffrance le fait de devoir passer sur la balance. C'était une horreur » (E5)

« Ma fille était à côté de moi, elle entendait quand il disait des choses par rapport à son poids, ça la stressait quoi. D'ailleurs elle en avait ... pas peur ... mais ... » (E10)

Ce temps de la consultation, qui peut sembler anodin pour le médecin, ne semble pas l'être pour tous les patients.

DISCUSSION

1. Les résultats principaux

Les parents interrogés étaient très satisfaits de leur participation au programme « P’tit Loup Grand Crock ». Ils saluaient la convivialité et la bienveillance du programme, ainsi que les compétences des animateurs.

La prise de conscience d'une problématique de poids et la souffrance exprimée de l'enfant vis-à-vis de celle-ci, semblaient être les éléments clé motivant l'entrée dans le programme. L'expérience parentale du surpoids et la connaissance du principe de l'ETP venaient renforcer cette motivation.

De nombreux obstacles pouvaient impacter la motivation à participer au programme : la minimisation de la problématique, les désaccords parentaux, la sensation que cette problématique était irrésolvable, la crainte du jugement extérieur et les contraintes de lieux et de temps.

Le travail de groupe impliquant l'ensemble de la famille permettait de rompre l'isolement et d'échanger sans tabou sur le surpoids, sans stigmatiser l'enfant pour lequel le programme avait été préconisé. Le fait de se reconnaître dans le groupe semblait être un élément déterminant de la satisfaction et semblait faciliter la mise en place de changements. A l'issue du programme, la majorité des familles avait opéré des changements de mode de vie (temporaires ou non). Les familles qui ne s'étaient pas senties à leur place dans le groupe n'avaient pas modifié leur mode de vie à l'issue du programme.

L'ETP en ambulatoire était perçue comme plus familiale et associée à un moindre degré de gravité que l'ETP en hospitalier. Pour certaines familles le programme « P’tit Loup Grand Crock » avait permis la transition vers un programme hospitalier plus approfondi.

Les parents suggéraient d'intensifier le suivi, de faire une séance de bilan à distance, et d'aborder l'impact psychologique du surpoids lors des ateliers. Ils suggéraient également d'améliorer la visibilité et la communication autour de ce programme.

Les parents attribuaient à leur médecin un rôle majeur de prévention et d'alerte concernant les problématiques de poids, mais ne semblaient pas se tourner spontanément vers lui pour obtenir des conseils nutritionnels. Certaines familles vivaient mal le moment de la pesée lors des consultations médicales.

2. Forces de l'étude

L'échantillon était de type raisonné et homogène, dans l'objectif de maximiser l'expression de diversité d'opinion au sein d'une population ayant vécu la même expérience. Pour cette étude qualitative, le taux de réponse était très satisfaisant car dix parents sur les vingt-cinq recensés ont pu être interrogés soit 40% de l'effectif total. Ces dix parents appartenant à des familles différentes, ce sont près de 60% des familles participantes qui ont été interrogées.

La validité interne a été recherchée par le double codage réalisé conjointement avec une autre interne de médecine générale. L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité COREQ (*Annexe 3*).

L'originalité de ce travail est qu'il donnait la parole aux familles concernant le programme « P'tit Loup Grand Crock » quelques années après leur participation. Lors de l'élaboration du programme d'ETP par les équipes de la MSP, l'évaluation de la satisfaction à distance faisait partie des objectifs mais n'avait pu être réalisée faute de moyens.

Les programmes d'ETP en ambulatoire se développent ces dernières années, mais il existe peu d'études les évaluant. Cette étude s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des

pratiques, et permettra de faire évoluer le programme afin qu'il réponde mieux aux attentes des participants, elle permettra également d'apporter des données pour l'évaluation quadriennale du programme, dans un objectif de le pérenniser. Une fiche récapitulative de ce travail de thèse sera mise à disposition de la MSP de Bécon Les Granits (*Annexe 5*).

Cette étude visait également à explorer les déterminants et les freins à la participation à un programme d'ETP. En effet il existe peu de données concernant l'éducation thérapeutique en général, a fortiori en ambulatoire, et peu de données explorant les facteurs psychosociaux influençant la participation des patients. Les données recueillies lors des entretiens ont été plus exhaustives qu'attendu, et ont permis d'explorer des domaines non prévus initialement lors de l'élaboration des objectifs, comme la parentalité, la crainte de la pesée médicale, le sujet du harcèlement, l'impact de la psychologie. Ces thèmes ont tout de même été intégrés au travail de thèse car ils viennent étayer le vécu des parents, et permettent d'identifier de nouveaux facteurs psychosociaux qui peuvent être sources de motivation ou de freins, et qui sont à prendre en compte lors d'une consultation médicale. Ces thèmes donnent également matière à élaborer de futurs projets de thèse.

3. Limites de l'étude

Il existe un biais de sélection dans le recrutement des participants. Les parents qui n'ont pas souhaité participer à l'étude sont potentiellement ceux qui n'ont pas été satisfaits du programme, soit parce que celui-ci n'a pas répondu à leurs attentes, soit parce qu'il n'a pas entraîné de modifications de mode de vie, ou bien parce que les problématiques de poids ont perduré. Il aurait été intéressant de recueillir des avis divergents afin d'exprimer la diversité des opinions et de faire évoluer le programme.

Les parents répondants semblaient être des personnes dynamiques, volontaires, prêtes à aider, qui analysaient leurs habitudes et les remettaient en question. Ce sont probablement ces profil-type de personnalités qui sont plus enclines à participer à l'éducation thérapeutique et qui souhaitent faire part de leur expérience positive, dans le but d'aider l'investigatrice à réaliser son travail de thèse et pour rendre service au programme. Cela a pu induire un biais de désirabilité.

L'investigatrice était novice dans la réalisation d'une étude qualitative, ce qui a pu influencer la qualité et la maîtrise des entretiens semi-dirigés et entraîner un biais d'investigation. Pour pallier ce manque d'expérience pratique, des ateliers ont été réalisés à la Faculté de Médecine d'Angers pour se former à mener des entretiens et à l'analyse des données.

Afin de limiter le biais de confirmation et de garder une analyse objective des entretiens réalisés, un travail d'écriture des présuppositions de l'investigatrice a été réalisé en amont de l'analyse des entretiens. Les résultats viennent confirmer certaines présuppositions, et vont au-delà en abordant des thèmes qui n'avaient pas été anticipés par l'étudiante, lui permettant ainsi d'augmenter ses connaissances sur le sujet.

Les participants ont été interrogés plusieurs années après leur participation et ont pu présenter un biais de mémorisation pour relater les déterminants de leur participation, le contenu des ateliers, leur vécu du programme.

La majorité des entretiens a été réalisée par voie téléphonique. Or, lors d'un entretien distanciel, il est impossible de visualiser et de retranscrire la communication non verbale (le regard, la posture, les mimiques) notamment pendant les silences, qui participe à l'interprétation des propos et au codage. Initialement les entretiens étaient proposés en présentiel, mais devant la difficulté de recrutement, il a été décidé dans un second temps de

proposer des entretiens en distanciel. Cela a permis d'augmenter considérablement le nombre de parents répondreurs.

Sur le plan éthique, s'agissant d'une évaluation des pratiques professionnelles, la sollicitation d'un comité d'éthique n'a pas semblé nécessaire.

4. Comparaison avec la littérature

4.1. Les facteurs influençant le poids de l'enfant

Les parents interrogés semblaient savoir que l'alimentation n'était pas le seul facteur influençant le poids de l'enfant. Ils citaient spontanément l'activité physique, l'utilisation des écrans, la génétique et les différences de métabolisme comme potentiels facteurs influençant le poids de l'enfant. En effet d'après une étude menée en 2021, il semble important de prendre en compte les facteurs génétiques, biologiques, comportementaux, psychosociaux et environnementaux dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique (17).

4.1.1. L'activité physique

Durant le programme, un atelier axé sur l'activité physique était animé par un enseignant en activité physique adaptée. A l'échelle internationale, 80% des adolescents ne semblent pas pratiquer les 60 minutes quotidiennes d'activité physique modérée à intense recommandées par l'OMS (18). En France, l'étude ESTEBAN révèle que parmi les 6-17 ans, 49,3% des garçons et 66,7% des filles n'atteignent pas cette recommandation (19). Cet atelier d'activité physique permet de rappeler aux familles les recommandations concernant l'activité physique de l'enfant, et propose des exemples d'activités à faire en famille. Malheureusement pour des raisons organisationnelles, cet atelier d'activité physique n'a pas eu lieu à toutes les sessions du programme.

4.1.2. Le temps d'écran et le temps de sommeil

Lors des entretiens, les parents avaient spontanément abordé le sujet des écrans, bien que ce thème ne fût pas abordé durant les ateliers du programme. En effet, les recommandations concernant le temps d'écran ainsi que le temps de sommeil ne semblent pas respectées pour de nombreux enfants à l'échelle internationale (20), mais également à l'échelle nationale (19). Or, le manque chronique de sommeil entraînerait une altération de la sécrétion des hormones régulant l'appétit, et serait associé à une augmentation de prévalence de l'obésité (21).

Concernant le temps d'écran, une étude randomisée menée en 2017 a montré qu'une réduction du temps d'écran avait réduit la prise de poids chez les enfants étudiés (22). En effet, les écrans réduiraient la sensation de satiété et seraient associés à une plus forte consommation de nourriture calorique. Leur utilisation serait également associée à une réduction du temps de sommeil (17).

Les sujets du temps d'écran et du temps de sommeil pourraient d'être abordés durant les séances, car ils semblent impacter le poids de l'enfant, et les parents semblent s'y intéresser.

4.1.3. Les facteurs psychosociaux

Concernant les facteurs psychosociaux, certains parents avaient évoqué les conséquences psychologiques du surpoids en abordant la souffrance de leur enfant vis-à-vis de son poids, les moqueries subies à l'école et l'impact sur l'estime de soi.

Les troubles psychologiques peuvent être la conséquence du surpoids, mais peuvent également en être une des causes. En effet certains parents avaient évoqué le cas de leur enfant qui, harcelé à l'école, s'était inconsciemment réfugié dans l'alimentation pour se protéger. D'autres parents avaient évoqué leur peur inconsciente que leur enfant « manque »

de quelque chose (d'un père, d'un frère), et avaient compensé cela par un excès d'alimentation. L'impact de l'aspect psychologique dans la gestion de l'alimentation pourrait donc être abordé durant les ateliers du programme.

Certaines mamans avaient également fait part d'un sentiment de responsabilité et de culpabilité dans le surpoids de leur enfant. Comme nous l'avons vu, remettre en question l'alimentation pourrait être perçu comme une remise en question de la compétence parentale, a fortiori maternelle. En effet il semblerait que les femmes portent majoritairement la charge organisationnelle de l'alimentation de la famille, tout en veillant à apporter une alimentation saine, d'après les chiffres tirés d'une récente enquête Ipsos : sur un échantillon représentatif de 1000 personnes, 71% des femmes déclaraient faire la liste de courses seules, 68% déclaraient faire les courses seules, et décider seules des menus en semaine (23). Dans notre échantillon, la charge de l'alimentation et de la santé de la famille semblait également peser majoritairement sur les femmes : sur les dix parents répondants, neuf étaient des femmes.

Sur le sujet du harcèlement, trois parents avaient mentionné durant les entretiens le harcèlement scolaire subi par leur enfant. En France, la prévalence du harcèlement scolaire reste difficile à établir. Selon les sources, on peut estimer qu'entre 4 et 20% des enfants seraient victimes de harcèlement à l'école, mais les chiffres sont potentiellement sous-estimés (24). Une enquête menée en 2023 nous apprend qu'environ 50% des adolescents rapportaient avoir subi des violences verbales telles que surnoms désagréables ou insultes, et 19% avaient déjà ressenti un sentiment d'humiliation (24,25). Ces violences verbales et/ou physiques auraient lieu dans 54% des cas au collège, contre 23% en école primaire (24). Les victimes de harcèlement scolaire semblaient être la plupart du temps des enfants en situation de différence (apparence physique, situation de handicap, minorité sociale ou culturelle). Il semblerait que les enfants en situation de surpoids ou d'obésité soient plus à risque de subir des situations de harcèlement scolaire ou de violences de la part de leurs camarades (26).

Le fait d'avoir subi du harcèlement dans l'enfance serait également associé au fait d'être en situation d'obésité à l'âge adulte, par les traumatismes psychologiques qui en découleraient (27). Il serait probablement intéressant d'aborder ce sujet lors des ateliers, afin de dépister les éventuelles situations de harcèlement subies par les enfants, et de rappeler aux familles l'existence de numéros d'écoute, à savoir le 3020 pour le harcèlement scolaire, et le 3018 pour le cyberharcèlement.

4.2. L'impact du confinement lié à la pandémie de COVID-19

Les parents interrogés avaient tous participé aux ateliers avant la crise sanitaire liée au COVID-19. Certains parents avaient spontanément abordé l'impact négatif de la pandémie de COVID-19 sur l'hygiène de vie de leur famille. La littérature internationale semble corroborer leurs propos à travers une méta-analyse de 2021 regroupant les données d'enfants de 8 pays différents, dans laquelle on observait une augmentation significative du poids et de la prévalence du surpoids et de l'obésité durant le confinement (28). Cette augmentation de corpulence pourrait s'expliquer par l'influence de divers facteurs : réduction de l'activité physique, surconsommation d'aliments hypercaloriques, perturbation des rythmes de sommeil, et augmentation du niveau de stress et d'anxiété durant cette période (29).

En France, lors de l'enquête Coviprev, 36% des adultes interrogés déclaraient avoir pris du poids pendant le confinement (30). L'impact sur les enfants a été étudié dans le Val de Marne, et a montré une augmentation significative de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 4 ans durant l'année 2020-2021, comparativement aux enfants de 4 ans des années scolaires précédentes (31).

En revanche, une enquête Ipsos suggérait que le confinement a été pour un certain nombre de français une opportunité de transition vers une alimentation plus équilibrée et responsable : 32% déclaraient avoir réduit le sucre, 26% avaient diminué leur consommation

de viande, 29% déclaraient être attentifs aux valeurs nutritionnelles (32). Les enfants semblaient être des moteurs de transition : 63% des foyers avec enfants avaient été influencés positivement dans leurs pratiques alimentaires par leurs enfants (32).

4.3. L'impact d'une action de proximité

Le programme « P'tit Loup Grand Crock » tient sa particularité dans le fait qu'il constitue un programme d'ETP exclusivement mené en ambulatoire, et porté par des acteurs de santé de proximité. L'action de proximité semble valorisée par les pouvoirs publics puisqu'un programme nutritionnel français est en cours depuis 2004. Il s'agit du programme EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants) lancé en France dans 10 villes pilotes. La méthode s'est ensuite étendue à plus de 250 villes françaises, et également à l'international, en incluant plus de 6 pays européens (33).

EPODE est un programme misant sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs de proximité (élus locaux, services municipaux, écoles, professionnels de santé, commerçants et supermarchés, associations sportives) afin de promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière telles que préconisés par le PNNS. Ce programme, rebaptisé quelques années plus tard VIF® (Vivons en Forme), a permis une baisse significative de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans les villes concernées. Aucune ville de la région des Pays de la Loire n'est incluse dans ce dispositif : à titre d'exemple, les villes les plus proches faisant partie du dispositif sont Vitré (Ille-et-Vilaine) qui a observé une baisse de 17% en 11 ans de la prévalence du surpoids et de l'obésité, et la ville de Royan (Charente-Maritime) qui a observé une baisse de 40% en 10 ans (34).

L'action de proximité semble donc avoir des résultats encourageants.

4.4. La place du médecin traitant

Le médecin traitant était reconnu par les parents interrogés comme un acteur majeur de prévention et d'alerte, mais n'était pas l'interlocuteur de choix concernant la nutrition, et ne semblait pas se positionner comme tel.

Selon une enquête de l'INPES réalisée en 2008, les principales sources d'informations des Français en matière d'alimentation étaient les médias (51%). En deuxième position arrivaient les professionnels de santé (19,7%) au même titre que l'entourage proche (19,7%) (35).

D'après des travaux de thèse, l'éducation nutritionnelle délivrée en consultation par le médecin généraliste concernerait principalement les patients adultes en situation de prévention secondaire (36). Pourtant, les jeunes patients sans comorbidités semblent également demandeurs de conseils et semblent considérer le médecin traitant comme une référence, mais constatent le manque du temps du médecin pour aborder ces sujets, et semblent avoir un sentiment de manque de connaissance de la part de celui-ci (37).

Concernant le surpoids pédiatrique, dans une enquête de la Société Française de Médecine Générale réalisée en 2006, 9 médecins généralistes sur 10 déclaraient utiliser la courbe de poids comme outil de suivi, mais 30% d'entre eux ne réalisaient aucune enquête alimentaire ni relevé des menus lorsqu'un excès pondéral était constaté (38).

Pour quelles raisons les médecins ne se saisissaient pas de cette question, alors même que le surpoids pédiatrique continue de progresser en France ? En effet la prévalence du surpoids et de l'obésité pédiatrique est estimée en 2020 à 34% pour les enfants de 2 à 7 ans, et 21% pour les enfants de 8 à 17 ans, alors qu'elle était de 17% en 2015 (4,39).

Dans une étude qualitative interrogeant les médecins généralistes, ces derniers déclaraient manquer de temps, d'outils pratiques, de formation et d'une rémunération dédiée (40). Concernant le temps, il semblerait que le fait de délivrer des conseils nutritionnels allongerait le temps de consultation de 6 minutes maximum, et en moyenne d'1 minute pour des conseils généraux (36). Mais on peut aisément supposer qu'un conseil personnalisé nécessiterait une ou plusieurs consultations dédiées.

Pour les médecins qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas consacrer davantage de temps à cette question, on peut supposer qu'adresser à un autre professionnel de santé soit une solution envisageable, vers un médecin nutritionniste ou un professionnel de la diététique, mais le caractère non remboursé de certains professionnels pourrait être un obstacle pour les patients. Pour ceux qui souhaitent tout de même participer activement à l'éducation nutritionnelle de leur patientèle, on peut imaginer l'emploi d'un assistant médical, qui approfondirait l'interrogatoire sur les habitudes alimentaires, et permettrait dans un second temps et à l'occasion d'une consultation dédiée, de délivrer des conseils nutritionnels plus personnalisés. Cette éducation nutritionnelle pourrait également être réalisée conjointement avec un(e) infirmier(e) ASALEE qui aurait reçu une formation spécifique. Une étude nationale menée en 2020 s'était intéressée au suivi en binôme médecin/infirmier ASALEE de 139 enfants en situation d'excès pondéral et avait montré que 81% des enfants avaient stabilisé ou amélioré leur corpulence au cours du suivi (41).

Une autre alternative pourrait être le travail en réseau pluridisciplinaire ambulatoire, comme le dispositif « Mission : Retrouve ton cap » qui cible les enfants de 3 à 12 ans en surpoids ou présentant des signes d'alerte d'excès pondéral. Ce dispositif permet une prise en charge à 100% d'une séance de bilan et jusqu'à 6 séances de suivi nutritionnel et/ou

psychologique et/ou séances d'activité physique, renouvelable deux fois. Plus de 2000 enfants ont été inclus dans ce dispositif et 52% des enfants ont vu leur situation s'améliorer (41). Dans tous les cas et quelque soient les leviers utilisés, lorsque l'enfant est en situation avérée d'obésité, il convient de l'adresser vers une prise en charge spécialisée et hospitalière.

Concernant les outils dédiés, un travail de thèse mené en 2022 auprès des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe montrait que 87% des médecins interrogés délivreraient plus de conseils s'ils avaient des outils nutritionnels à disposition. C'est pourquoi le site Nutriclic® a été élaboré avec des fiches conseils imprimables comportant des conseils généraux sur l'alimentation équilibrée, et des fiches plus personnalisées selon certaines pathologiques (diabète, goutte, hypertension artérielle). Cependant ce site n'est accessible que via un lien dédié et n'est pas encore référencé sur les moteurs de recherche, ce qui peut limiter son utilisation au cabinet de médecine générale (42).

Concernant la rémunération dédiée, il existe une cotation spécifique utilisable en consultation de médecine générale depuis 2017 : l'acte CSO (Consultation de Suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'Obésité), qui appartient à la famille d'acte CCX (Consultation Complexé), élève le montant de la consultation à 46 euros et peut être cotée deux fois par an pour les enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité.

Il existe ainsi divers leviers qui peuvent accompagner les médecins généralistes qui le souhaitent à pratiquer l'éducation thérapeutique dans le domaine nutritionnel.

5. Perspectives

Ce travail met en lumière la nécessité de communiquer davantage sur le programme « P'tit Loup Grand Crock », pour le faire connaître et le valoriser. Il pourrait être intéressant de mettre des flyers dans les salles d'attente des professionnels de santé du secteur, ou à la pharmacie, afin de le faire connaître auprès des familles.

Suite au programme « Ptit Loup Grand Crock » certaines familles avaient ensuite participé aux ateliers du CHU d'Angers, et signalaient que le programme était méconnu des équipes hospitalières. Leur témoignage a probablement contribué à le faire connaître car celui-ci est maintenant référencé comme ressource ambulatoire sur le site Internet « Moi et mon surpoids » créé par le CHU d'Angers (43). Par ailleurs, une présentation du programme a été faite durant le Printemps de la Médecine Générale 2022, afin de faire connaître l'existence du programme aux médecins généralistes du secteur, et éventuellement inciter d'autres MSP à élaborer leur propre programme d'éducation thérapeutique nutritionnel. En effet l'éducation thérapeutique nutritionnelle en proximité dans les territoires semble avoir des résultats prometteurs, comme le démontre le programme VIF®.

Les parents considéraient leur médecin comme un acteur majeur de prévention et d'alerte concernant les problématiques de poids, mais ne le considéraient pas comme suffisamment disponible et/ou compétent pour les aider dans la résolution de celles-ci. Les médecins peuvent utiliser différents outils d'information et de pluridisciplinarité afin de s'investir davantage dans ce domaine. Ils peuvent également dépister les conséquences psychologiques du surpoids, et les éventuelles violences associées notamment dans le milieu scolaire.

Ce travail de thèse permet d'apporter des données concernant l'éducation thérapeutique en ambulatoire, et s'inscrit dans une période précédant la crise sanitaire liée au COVID-19. Il pourrait être intéressant de poursuivre le recueil en interrogeant les familles ayant participé

au programme après 2020, afin d'étudier l'impact de cette pandémie sur le rapport à l'alimentation et le rapport à la santé. Il serait également intéressant de réitérer l'évaluation du programme dans quelques années pour voir les évolutions de celui-ci, les modalités de recrutement et de communication, son éventuel déploiement à d'autres MSP aux alentours.

Lors des entretiens, différents sujets ont émergé spontanément de la part des participants, comme la crainte du jugement lors de la pesée médicale. Une étape habituelle lors d'une consultation médicale, presque rituelle, qui peut sembler anodine pour le médecin mais qui ne semblait pas l'être pour les patients. Il serait intéressant d'interroger les patients et les médecins à ce sujet. Les parents ont également abordé le sujet du harcèlement scolaire, il serait intéressant d'étudier le dépistage de ces violences au sein des cabinets de médecine générale.

CONCLUSION

Les parents interrogés étaient satisfaits de leur participation au programme « P'tit Loup Grand Crock ». Les points forts du programme résidaient dans sa convivialité, sa bienveillance, sa pédagogie et la pertinence des informations transmises.

Les principales sources de motivation identifiées étaient la volonté d'aider son enfant exprimant une souffrance, de sortir de l'isolement, de parler du surpoids par l'intermédiaire d'une tierce personne. Il semblait y avoir un profil-type de personnalité plus encline à participer à un programme d'ETP. De nombreux freins semblaient subsister et les encadrants doivent travailler sur ceux-ci pour augmenter l'adhésion des familles.

La majorité des familles avait modifié ses habitudes nutritionnelles dans les suites du programme, souvent temporairement. La pandémie de COVID-19 pourrait avoir modifié les habitudes nutritionnelles des familles et son impact mériterait d'être étudié.

Les parents suggéraient d'augmenter l'intensité du suivi et de réaliser un bilan à distance afin de maintenir la motivation. Ils suggéraient également d'aborder l'aspect psychologique des problématiques de poids.

Les programmes nutritionnels ancrés dans les territoires de proximité semblent être prometteurs. La communication autour du programme pourrait être renforcée afin de le faire connaître et de l'étendre aux territoires alentours.

Les médecins généralistes peuvent accompagner leurs patients dans leur démarche d'amélioration nutritionnelle, ils peuvent dépister les conséquences physiques et psychologiques du surpoids pédiatrique, et les éventuelles violences associées notamment dans le milieu scolaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les 10 principales causes de mortalité [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization; 2009. 62 p.
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Obésité et surpoids [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. Santé Publique France. Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-corpulence>
5. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr.* sept 2002;76(3):653-8.
6. Baker JL, Olsen LW, Sørensen TIA. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med.* 6 déc 2007;357(23):2329-37.
7. Tirosh A, Shai I, Afek A, Dubnov-Raz G, Ayalon N, Gordon B, et al. Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. *N Engl J Med.* 7 avr 2011;364(14):1315-25.
8. Santé Publique France. Nutrition et activité physique [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique>
9. Reinehr T, Kleber M, Lass N, Toschke AM. Body mass index patterns over 5 y in obese children motivated to participate in a 1-y lifestyle intervention: age as a predictor of long-term success. *Am J Clin Nutr.* mai 2010;91(5):1165-71.
10. Danielsson P, Kowalski J, Ekblom O, Marcus C. Response of severely obese children and adolescents to behavioral treatment. *Arch Pediatr Adolesc Med.* déc 2012;166(12).
11. Reinehr T, Kleber M, Toschke AM. Lifestyle intervention in obese children is associated with a decrease of the metabolic syndrome prevalence. *Atherosclerosis.* nov 2009;207(1):174-80.
12. Schaefer A, Winkel K, Finne E, Kolip P, Reinehr T. An effective lifestyle intervention in overweight children: One-year follow-up after the randomized controlled trial on "Obeldicks light". *Clinical Nutrition.* oct 2011;30(5):629-33.
13. Kalarchian MA, Levine MD, Arslanian SA, Ewing LJ, Houck PR, Cheng Y, et al. Family-based treatment of severe pediatric obesity: A randomized controlled trial. *Pediatrics.* oct 2009;124(4):1060-8.

14. Young KM, Northern JJ, Lister KM, Drummond JA, O'Brien WH. A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. *Clinical Psychology Review*. mars 2007;27(2):240-9.
15. Ministère de la Santé et de la Prévention. Education thérapeutique du patient [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>
16. Legifrance. Code de la Santé Publique. Chapitre II: Missions de service public des établissements de santé (Articles L6112-1 à L6112-9) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020886450/2009-07-23/>
17. Motevalli M, Drenowatz C, Tanous DR, Khan NA, Wirnitzer K. Management of Childhood Obesity—Time to Shift from Generalized to Personalized Intervention Strategies. *Nutrients*. avr 2021;13(4):1200.
18. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 1 janv 2020;4(1):23-35.
19. Santé Publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2e édition [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-activit>
20. Barnett TA, Kelly AS, Young DR, Perry CK, Pratt CA, Edwards NM, et al. Sedentary Behaviors in Today's Youth: Approaches to the Prevention and Management of Childhood Obesity: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 11 sept 2018;138(11):e142-59.
21. Taveras EM, Gillman MW, Peña MM, Redline S, Rifas-Shiman SL. Chronic Sleep Curtailment and Adiposity. *Pediatrics*. 1 juin 2014;133(6):1013-22.
22. Robinson TN, Banda JA, Hale L, Lu AS, Fleming-Milici F, Calvert SL, et al. Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*. nov 2017;140(Suppl 2):S97-101.
23. Nestlé. Communiqué de la fondation Nestlé concernant la 3ème édition de l'Observatoire Alimentation & Famille mené avec Ipsos : en 2023, les femmes continuent de porter la charge de l'alimentation au sein des familles [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.nestle.fr/media/femmes-charge-alimentation-familles>
24. Legrand F. Harcèlement entre pairs en milieu scolaire, quelle est l'ampleur de ce phénomène ? Etude IFOP, mars 2020.
25. Traore B. 93 % des élèves déclarent se sentir « bien » ou « tout à fait bien » dans leur collège. Note d'information / DEPP. 2023;1.

26. Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*. mai 2004;113(5):1187-94.
27. Takizawa R, Danese A, Maughan B, Arseneault L. Bullying victimization in childhood predicts inflammation and obesity at mid-life: a five-decade birth cohort study. *Psychol Med*. oct 2015;45(13):2705-15.
28. Chang TH, Chen YC, Chen WY, Chen CY, Hsu WY, Chou Y, et al. Weight Gain Associated with COVID-19 Lockdown in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 19 oct 2021;13(10):3668.
29. La Fauci G, Montalti M, Di Valerio Z, Gori D, Salomoni MG, Salussolia A, et al. Obesity and COVID-19 in Children and Adolescents: Reciprocal Detrimental Influence-Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 21 juin 2022;19(13):7603.
30. Santé Publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-levolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
31. Santé Publique France. Impact de la crise sanitaire due au SARS-CoV-2 sur le statut staturopondéral des enfants de quatre ans : comparaison des données des bilans de santé en école maternelle du Val-de-Marne, de 2018 à 2021 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/impact-de-la-crise-sanitaire-due-au-sars-cov-2-sur-le-statut-staturoponderal-des-enfants-de-quatre-ans-comparaison-des-donnees-des-bilans-de-sant>
32. Ipsos. Bilan des comportements alimentaires des Français en 2021, enquête Ipsos et Observatoire Alimentation & Familles de la Fondation Nestlé France [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/83-des-francais-discutent-avec-leurs-enfants-de-l-alimentation-et-du-bien-manger>
33. 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 development. *Obes Rev*. avr 2012;13(4):299-315.
34. VIF®. Mesures d'IMC – Surpoids et obésité | VIF® [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://vivonsenforme.org/imc-surpoids-obesite/>
35. Escalon H, Bossard C, Beck F, Bachelot-Narquin R. Baromètre santé nutrition 2008 [Internet]. INPES. 2010. 424 p. (Baromètres santé). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-nutrition-2008>
36. Covi A. L'éducation nutritionnelle en médecine générale : fréquence, modalités, déterminants. [Thèse d'exercice]. Paris Val-de-Marne; 2008.

37. Ferrer É. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire: expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans [Thèse d'exercice]. Nice Sophia Antipolis; 2016.
38. SFMG. Nutrition en médecine générale : quelles réalités ? Résultats de l'enquête SFMG réalisée en mars 2006 [Internet]. 2006 [cité 2 sept 2023]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/6188681-Nutrition-en-medecine-generale-quelles-realites-resultats-de-l-enquete-sfmg-realisee-en-mars-2006.html>
39. Ligue contre l'Obésité. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité en France. [Internet]. [cité 2 sept 2023]. Disponible sur: <https://liguecontrelobesite.org/actualite/forte-progression-de-lobesite-en-france-en-2020/>
40. Crowley J, Ball L, McGill AT, Buetow S, Arroll B, Leveritt M, et al. General practitioners' views on providing nutrition care to patients with chronic disease: a focus group study. *J Prim Health Care*. 2016;8(4):357.
41. Michel C. Prise en charge des enfants en surpoids et obèses par ASALEE : évaluation [Internet]. Université de Lorraine; 2020. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03806030>
42. Mareau L. Utilisation d'un site internet pour délivrer des conseils nutritionnels aux patients [Thèse d'exercice]. Angers; 2022.
43. Centre Hospitalo-Universitaire d'Angers. Moi et mon surpoids, le site d'aide aux enfants et adolescents en surpoids [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.moietmonsurpoids.fr/mon-suivi-medical/je-suis-en-surpoids-je-suis-suivi-en-ville/>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des entretiens et des participants..... 7

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	
INTRODUCTION	1
MÉTHODES	4
1. Caractéristiques de l'étude	4
2. Méthode d'échantillonnage et modalités de recrutement.....	4
3. Recueil des données	5
4. Analyse des données.....	5
5. Présuppositions de l'investigatrice	6
6. Aspects éthiques et règlementaires.....	6
RÉSULTATS	7
1. Caractéristiques des entretiens	7
2. Caractéristiques des participants	7
3. Les déterminants de l'intégration à un programme d'éducation thérapeutique 8	
3.1. Être sensibilisé aux sujets du suivi et de la prévention	8
3.2. L'expérience personnelle parentale	9
3.3. Être une personne dans l'action	9
3.4. Aider son enfant.....	10
3.5. Les obstacles à l'entrée dans un programme d'éducation thérapeutique.....	11
4. Avis des participants concernant le programme d'éducation thérapeutique « P'tit Loup Grand Crock »	13
4.1. L'intérêt d'un travail de groupe	13
4.2. Devenir sachant.....	15
4.3. L'intérêt d'un programme de proximité.....	16
4.4. La satisfaction des participants	17
4.5. Les changements constatés dans les suites du programme.....	19
4.6. Les propositions d'amélioration.....	21
4.7. L'éducation thérapeutique en ambulatoire : un continuum vers l'éducation thérapeutique en hospitalier ?	23
5. Être parent	23
5.1. La nutrition comme champ éducationnel.....	23
5.2. Le parent comme intermédiaire entre le médecin et son enfant	25
DISCUSSION	27
1. Les résultats principaux.....	27
2. Forces de l'étude.....	28
3. Limites de l'étude.....	29
4. Comparaison avec la littérature	31
4.1. Les facteurs influençant le poids de l'enfant	31
4.2. L'impact du confinement lié à la pandémie de COVID-19	34
4.3. L'impact d'une action de proximité.....	35
4.4. La place du médecin traitant	36

5. Perspectives.....	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42
LISTE DES TABLEAUX.....	46
TABLE DES MATIERES	47
ANNEXES.....	I

ANNEXES

ANNEXE 1 – Lettre d'information	II
ANNEXE 2 – Guide d'entretien	III
ANNEXE 3 – Grille COREQ	IV
ANNEXE 4 – Déclaration CNIL	VI
ANNEXE 5 – Fiche récapitulative à destination de la MSP de Bécon-Les-Granits ..	VIII

ANNEXE 1 – Lettre d'information

Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Bonjour, je m'appelle Elisa GASTINEAU, je suis actuellement en 9^{ème} année de médecine à l'Université d'Angers. Dans quelques mois je deviendrai médecin généraliste.

Je me permets de vous contacter car votre famille a participé il y a quelques années au programme « P'tit Loup Grand Crock » proposé par la Maison de Santé de Bécon Les Granits.

Je réalise ma thèse de fin d'études sur ce programme P'tit Loup Grand Crock, et j'ai besoin de votre participation pour mener à bien ce projet.

En quoi consiste votre participation ?

Je vous propose de vous rencontrer de façon individuelle afin de discuter, quelques années après, de votre participation au programme P'tit Loup Grand Crock. L'objectif est de recueillir votre ressenti, votre vécu des ateliers.

Cette rencontre peut durer entre 30 minutes et 1 heure.

Notre entretien sera enregistré sur bande audio, pour que je puisse l'analyser par la suite. Cet enregistrement sera anonymisé.

A quoi cela va servir ?

Votre participation permettra de faire évoluer le programme afin qu'il réponde mieux aux attentes des familles. Votre participation me permettra également de réaliser ma thèse sur ce programme et devenir Docteur en médecine.

Si vous êtes intéressé(e), vous pouvez me contacter afin que nous fixions ensemble un rendez-vous :

- Par mail (elisa.gastineau@etud.univ-angers.fr ou elisa.gastineau@hotmail.fr) en me laissant vos coordonnées afin que je puisse vous recontacter
- Par téléphone au 06 84 24 60 68, n'hésitez pas à me laisser un message sur ma boîte vocale en l'absence de réponse.
- Vous pouvez également laisser vos coordonnées à un membre de la Maison de Santé qui me les transmettra.

Je vous remercie par avance de votre participation et de l'attention que vous porterez à mon travail de recherche.

Bonne fin de journée et bien cordialement,

Elisa GASTINEAU

ANNEXE 2 – Guide d’entretien

Guide d’entretien

Bonjour,

Tout d’abord merci d’avoir accepté cet entretien.

Comme je le disais dans mon mail, je suis interne en médecine générale, à la faculté de médecine d’Angers. Dans le cadre de ma thèse, j’effectue un travail de recherche sur le programme Ptit Loup Grand Crock auquel vous avez participé avec votre famille.

Sachez qu’il n’y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je souhaite simplement connaître votre point de vue sur ce programme. Vous allez constater que je ne vais pas poser beaucoup de questions, l’objectif est que vous ayez la parole le plus possible.

Etes-vous d’accord pour participer à mon travail de recherche, et pour que cet entretien soit enregistré afin de faciliter sa retranscription ?

Les données seront anonymisées de sorte que les noms et dates ne soient pas identifiables.

Votre consentement peut être retiré à tout moment.

Nous nous donnons environ 1h, est-ce que cela vous convient ?

Question d’introduction :

Vous avez participé au Programme « Ptit Loup Grand Crock » du Pôle de Santé, pouvez-vous me parler de votre participation au programme ?

Questions de relance :

- 1) Racontez-moi comment vous avez débuté ce programme et ce que vous en attendiez ?
 - a. Qui vous a orienté vers ce programme ?
 - b. Qu’est-ce qui vous a motivé / freiné à débuter le programme ?
- 2) Pouvez-vous me parler d’éventuels obstacles ou difficultés rencontrés durant votre participation ?
- 3) Suite au programme, avez-vous observé des effets dans la vie de votre enfant ? de votre famille ?
 - a. Qu’est-ce que le programme vous a apporté ?
 - b. Quels changements percevez-vous (positifs ou négatifs) ?
- 4) Pouvez-vous me parler de votre point de vue global sur le programme ?
- 5) Avez-vous des suggestions pour améliorer le programme ?
- 6) Quel rôle attribuez-vous à votre médecin traitant sur la question de l’alimentation, de l’activité physique, du surpoids de l’enfant ?

Pour terminer, pouvez-vous me donner votre âge ? Votre profession ? Vous avez combien d’enfants ? Vous vivez en couple actuellement ?

Nous arrivons au terme de cet entretien, avez-vous des choses à rajouter ?

ANNEXE 3 – Grille COREQ

N° et Item	Guide questions / description	Réponse
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur / animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	L'étudiante Elisa GASTINEAU
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale puis médecin généraliste remplaçante
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Absence d'expérience dans le domaine de la recherche qualitative. Réalisation d'ateliers thèse à la faculté de médecine d'Angers : - Poser sa question de recherche - Bibliographie - Mener un entretien - Analyse des données
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Le chercheur est une interne en médecine générale effectuant un travail de thèse sur le programme auquel ils ont participé
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur / animateur ?	Interne en médecine générale
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse thématique
Sélection des participants		
10. Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	L'ensemble des familles ayant participé au programme entre 2015 et 2019.
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par courrier électronique, certains par téléphone en cas d'absence de réponse au courrier électronique.
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	25 adultes appartenant à 17 familles différentes
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? raisons ?	2 familles ont refusées de participer (motif non spécifié), 5 familles n'ont jamais donné de réponse.
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Lors d'entretien en présentiel (salle de réunion du cabinet médical du Louroux-Béconnais) ou lors d'entretien téléphonique à mon domicile.
15. Présence de non-participants	Y'avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Aucune lors des entretiens présentiels. Lors des entretiens téléphoniques, certains parents avaient leurs enfants auprès d'eux.
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Les parents avaient participé au programme entre 2015 et 2019.
Recueil de données		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amores, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Non
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? si oui combien de fois ?	Non

19. Enregistrement audio-visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio à l'aide d'un téléphone et d'un dictaphone
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, pendant l'entretien
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	De 19 à 75 minutes.
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23. Retour des transcriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 étudiantes
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données recueillies
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Traitement manuel à partir du logiciel Microsoft Word® et Excel®
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimés des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citation présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes : résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y'avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y'a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

ANNEXE 4 – Déclaration CNIL

CNIL. 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07 T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00 www.cnil.fr	Cadre réservé à la CNIL N° d'enregistrement : 2229722
<h3>DÉCLARATION DE CONFORMITÉ</h3>	
1 Déclarant	
<p>Nom et prénom ou raison sociale : MONSIEUR JEAN-FRANCOIS MOREUL Sigle (facultatif) : N° SIRET : 440572386 00041</p> <p>Service : MOREUL Code APE : 8621Z Activité des médecins et des dentistes</p> <p>Adresse : 5 IMP DU PUIT MOREAU</p> <p>Code postal : 49370 Ville : BECON-LES-GRANITS Téléphone : Adresse électronique : Fax :</p>	
2 Texte de référence	
<p>Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.</p> <p>N° de référence MR-4 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé</p>	
3 Personne à contacter	
<p>Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler</p> <p>Votre nom (prénom) : GASTINEAU Elisa Service : Adresse : 5 IMP DU PUIT MOREAU Code postal : 49370 - Ville : BECON-LES-GRANITS Téléphone : Adresse électronique : Fax :</p> <p>Raison sociale : MONSIEUR JEAN-FRANCOIS MOREUL N° SIRET : 440572386 00041 Sigle (facultatif) : Code NAF : 8621Z Activité des médecins et des dentistes Adresse : 5 IMP DU PUIT MOREAU Code postal : 49370 Ville : BECON-LES-GRANITS Téléphone : Adresse électronique : Fax :</p>	

N° CERFA 13810*01

CNIL - FORMULAIRE DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

CNIL.

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

2229722**4 Signature**

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences du Règlement Général sur la Protection des Données et la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

Nom et prénom : MOREUL Jean-François

Date le : 11-04-2023

Fonction : Vide

Adresse électronique :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

N° CERFA 13810*01**CNIL - FORMULAIRE DÉCLARATION DE CONFORMITÉ**

ANNEXE 5 – Fiche récapitulative à destination de la MSP de Bécon-Les-Granits

Evaluation du programme « P'tit Loup Grand Crock »

Retour de la part de 10 familles ayant participé entre 2015 et 2019

Les points forts du programme

- Convivialité
- Proximité
- Partage
- Bienveillance
- Qualité des ateliers

« Une très bonne expérience »

« On était comme à la maison »

« On n'est pas montré du doigt »

« On n'était pas comme les autres familles, on n'avait pas la même approche du repas »

« Il y avait un décalage d'âge, ce n'était pas toujours adapté à notre fille »

Difficultés soulevées par les parents

- Besoin de se reconnaître dans les autres familles pour se sentir bien
- Difficulté à maintenir les changements dans le temps
- Impact du confinement sur les efforts mis en place avant la pandémie

Suggestions proposées après analyse des entretiens avec les parents :

- Être attentif dans la composition des groupes (composition des familles, âge des enfants, vision du repas) afin que les familles aient des caractéristiques communes
- Mettre à disposition les outils pratiques (fiche composition des repas, repères pour les quantités)
- Augmenter le nombre et la fréquence des séances pour le maintien motivationnel
- Faire une séance de bilan « que sont-ils devenus ? »
- Aborder l'aspect psychologique du surpoids : image de soi, peur de la pesée
- Aborder le sujet du temps d'écran et du temps de sommeil qui impactent également le poids
- Faire connaître le programme dans le secteur



Parmi les 10 familles interrogées, 3 enfants ont été victimes de harcèlement scolaire : à aborder lors des ateliers ?

Elisa GASTINEAU, Evaluation du programme d'éducation thérapeutique « P'tit Loup Grand Crock »,
Thèse d'exercice de médecine générale, novembre 2023.

Evaluation du programme d'éducation thérapeutique nutritionnelle

« P'tit Loup Grand Crock »,

Etude qualitative réalisée auprès de parents ayant participé au programme entre 2015 et 2019

RÉSUMÉ

Introduction La prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent est en constante augmentation depuis les années 1970. La nutrition en est un déterminant majeur. Le Pôle de Santé Ouest Anjou a créé en 2015 le programme d'éducation thérapeutique (ETP) innovant « P'tit Loup Grand Crock », entièrement mené en ambulatoire. L'objectif de cette thèse était d'évaluer la satisfaction des parents à distance de leur participation au programme.

Matériels et Méthodes Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse thématique, composée d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de parents ayant participé au programme entre 2015 et 2019.

Résultats Les dix parents répondants étaient satisfaits de leur participation au programme. La majorité avait mis en place des changements de mode de vie mais beaucoup signalaient des difficultés à maintenir les efforts dans le temps, notamment depuis la pandémie du COVID-19. Il semblait y avoir un profil-type de personnalité parentale plus encline à intégrer un programme d'ETP. Il subsistait de nombreux freins sur lesquels les encadrants doivent travailler pour augmenter l'adhésion des familles. La bienveillance et la convivialité des ateliers constituaient les points forts du programme. Les parents étaient demandeurs de plus de séances et d'un bilan à distance. Il semble intéressant d'aborder l'impact psychologique du surpoids, et le sujet du harcèlement scolaire. Les parents attribuaient à leur médecin traitant un rôle d'alerte et de prévention, mais peu lui attribuaient un rôle d'accompagnement en nutrition.

Conclusion Le programme « P'tit Loup Grand Crock » est apprécié des participants et mérite d'être perfectionné pour être étendu. Le médecin traitant est un acteur majeur de prévention et peut détecter les conséquences physiques et psychiques du surpoids. Le confinement semble avoir influencé l'hygiène de vie des familles et son impact mériterait d'être étudié.

Mots-clés : surpoids pédiatrique, obésité pédiatrique, éducation thérapeutique en ambulatoire

Evaluation of the « P'tit Loup Grand Crock » nutritional patient education program,

Qualitative study of parents who took part in the program between 2015 and 2019

ABSTRACT

Introduction The prevalence of overweight and obesity in children and adolescents is constantly increasing since the 1970s. Nutrition is a major determinant. The Pôle de Santé Ouest Anjou created in 2015 the innovative therapeutic patient education program (TPE) "P'tit Loup Grand Crock", conducted entirely on an outpatient basis. The objective of this thesis was to evaluate the parent's satisfaction remotely from their participation in the program.

Materials and Methods This was a qualitative study with thematic analysis, composed of semi-structured interviews carried out with parents who took part in the program between 2015 and 2019.

Results The ten responding parents were satisfied with their participation in the program. The majority had implemented lifestyle changes but many reported difficulty maintaining efforts over time, particularly since the COVID-19 pandemic. There seemed to be a typical parental personality profile more inclined to join a TPE program. There remained many obstacles that supervisors need to work on to get families on board. The program's strengths were its kindness and convivial sessions. Parents were asking for more sessions and a remote assessment. It seems interesting to mention the psychological impact of excess weight, and the subject of school bullying. Parents saw their general practitioner as having a role to play in warning and prevention, but not in providing nutritional support.

Conclusion: The "P'tit Loup Grand Crock" program is appreciated by participants and deserves to be perfected in order to be extended. The general practitioner is a major player in prevention and can detect the physical and psychological consequences of being overweight. COVID-19 lockdown seems to have influenced the families' lifestyle, and its impact deserves to be studied.

Keywords : childhood overweight, childhood obesity, outpatient therapeutic education