

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
REMERCIEMENTS.....	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des abréviations.....	xi
CHAPITRE I.....	1
INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE.....	1
1.1. Surpoids et obésité chez les jeunes canadiens.....	1
1.2. Définition du surpoids, de l'embonpoint et de l'obésité	1
1.3. Les causes du surpoids et de l'obésité juvénile.....	2
1.4. Les conséquences du surpoids et de l'obésité juvénile	4
1.5. Les interventions pour réduire l'obésité juvénile.....	5
1.6. Problématiques associées aux interventions visant les jeunes en surpoids	8
1.7. Pertinence de l'étude	10
1.8. Questions de recherche.....	11
CHAPITRE II	12
RECENSION DES ÉCRITS	12
2.1. Le modèle écologique : un cadre de référence pour orienter les interventions....	12
2.2. Le GEPEEP et le modèle écologique.....	14

2.3. Rôle des parents auprès de leurs jeunes en surpoids	16
2.4. Rôle des intervenants en santé envers les jeunes en surpoids	21
2.4.1. Les médecins de famille et les pédiatres.....	23
2.4.2. Les autres intervenants des domaines de la santé et de l'éducation	25
2.5. Objectifs de l'étude	26
2.6. Hypothèses et résultats attendus.....	27
CHAPITRE III	28
MÉTHODOLOGIE.....	28
3.1. Étude de cas.....	28
3.2. Description du milieu et des participants	29
3.3. Instrument de collecte de données.....	29
3.4. Procédures éthiques	30
3.5. Collecte et analyse des données	31
CHAPITRE IV	33
TACKLING CHILDHOOD OVERWEIGHT: PARENTAL PERCEPTIONS OF STAKEHOLDER ROLES IN A COMMUNITY-BASED INTERVENTION.....	33
4.1. Abstract	34
4.2. Introduction	36
4.2.1. Role of parents toward their overweight children	37
4.2.2. Role of health professionals.....	38
4.3. Methods	40
4.4. Results	43

4.4.1. Parents' knowledge of childhood overweight	43
4.4.2. Parental views of their role toward their overweight children.....	46
4.4.3. Parental perceptions about the role of professionals	48
4.5. Discussion	53
4.5.1. Participants' background	53
4.5.2. Parents' knowledge of childhood overweight	54
4.5.3. Parental views of their role toward their overweight children.....	55
4.5.4. Parental perceptions about the role of professionals	56
4.5.5. Limitations of the study	58
4.6. Conclusion.....	59
4.6.1. Implications for practice	59
4.6.2. Implications for future research.....	61
4.6.3. Conflict of interest	61
4.7. References	62
CHAPITRE V	65
DISCUSSION	65
5.1. Les participants.....	65
5.2. Connaissances parentales relatives au surpoids chez les jeunes.	66
5.3. Perceptions parentales de leur rôle envers leurs enfants en surpoids.....	68
5.4. Perceptions parentales à l'égard des rôles des intervenants	69
5.5. Limites de l'étude.....	72
CHAPITRE VI.....	73

CONCLUSION ET IMPLICATIONS.....	73
6.1. Implications pratiques	74
6.2. Implications pour la recherche future.....	75
RÉFÉRENCES.....	77
ANNEXES	84
A. Guide d’entrevue	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Participants' characteristics and background</i>	42
Tableau 2. <i>Parents' understanding of childhood overweight</i>	45
Tableau 3. <i>Parental views of their role toward their overweight children</i>	47
Tableau 4. <i>Parental perceptions about which professional is best placed to perform different duties related to childhood overweight</i>	51
Tableau 5. <i>Parental perceptions about professionals' roles</i>	52

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Le modèle écologique et ses niveaux d'influence.....	14
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APS	Activité Physique et Sportive
BGC	<i>Boys and Girls Club</i>
CATCH	<i>Coordinated Approach To Child Health</i>
CDC	<i>US Centers for Disease Control and prevention</i>
CFL	Consommation de Fruits et Légumes
CSSS	<i>Centre de Santé et de Services Sociaux</i>
ECMS	<i>Enquête Canadienne sur les Mesures de Santé</i>
GEPEEP	Groupe En-jeu pour les Parents d'Enfants avec Excès de Poids
IMC	Indice de Masse Corporelle
Kg/m ²	Kilogramme par mètre ²
MEND	<i>Mind, Exercise, Nutrition, Do it</i>
RCO	Réseau Canadien en Obésité
TAAG	<i>Trial of Activity for Adolescent Girls</i>
YMCA	<i>Young Men Christian Association</i>

CHAPITRE I

INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE

1.1. Surpoids et obésité chez les jeunes canadiens

Depuis quelques décennies, la prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté de façon considérable chez les enfants et les jeunes au Canada (Janssen, 2013). À cet égard, les plus récents résultats issus de l'Enquête Canadienne sur les Mesures de Santé (ECMS) de 2009-2011 révèlent que près du tiers des jeunes canadiens de 5 à 17 ans avaient un surplus de poids ou présentaient de l'obésité (Roberts, Shields, de Groh, Aziz et Gilbert, 2012). Par ailleurs, la condition physique des jeunes s'est détériorée depuis quelques décennies. Leur capacité aérobie a diminué (Tomkinson, Léger, Olds et Cazorla, 2003). De plus, l'indice de masse corporelle (IMC), la circonférence de la taille et la composition corporelle ont augmenté tandis que certains indicateurs de la condition physique (force de préhension et flexibilité) ont connu un déclin chez les jeunes Canadiens de 7-19 ans entre 1981 et 2007-2009 (Tremblay et al., 2010).

1.2. Définition du surpoids, de l'embonpoint et de l'obésité

Afin de cerner les concepts de surpoids et d'obésité, nous allons explorer les recommandations canadiennes pour la pratique clinique sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants (Lau et al., 2007). La classification

du surpoids et de l'obésité est faite à partir du calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), qui représente le poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres²). Chez les adultes, le surpoids est défini par un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m². La catégorie embonpoint se situe entre des IMC de 25 et 30 alors que l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m². Chez les enfants et les adolescents, il est recommandé par Lau et al. (2007) d'utiliser la charte de croissance développée par les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis. Celle-ci fournit des équivalences selon l'âge des jeunes afin de définir le surpoids (IMC supérieur ou égal au 85^e percentile) et l'obésité (IMC supérieur ou égal au 95^e percentile).

1.3. Les causes du surpoids et de l'obésité juvénile

Parmi les facteurs comportementaux susceptibles de contribuer à cette situation, on retrouve notamment la diminution du niveau d'activité physique des jeunes canadiens. Une étude longitudinale a démontré le lien entre l'inactivité (la diminution de l'activité physique et l'augmentation des comportements sédentaires) et l'excès pondéral chez cette population (Tremblay et Willms, 2003). Les nouvelles «Directives canadiennes en matière d'activité physique» (Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice, 2011) recommandent aux jeunes de 5 à 17 ans de faire au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à élevée par jour. Les jeunes qui adhèrent à ces recommandations peuvent améliorer : 1) leurs niveaux sanguins de cholestérol, 2) leur pression artérielle, 3) leur composition corporelle, 4) leur densité osseuse, 5) leurs

capacités cardiorespiratoires et musculo-squelettiques ainsi que 6) certains aspects de leur santé mentale (Janssen et Leblanc, 2010). Selon les résultats de l'ECMS de 2007-09, seulement 7% d'entre eux (9 % des garçons et 4 % des filles) atteignent les directives canadiennes en matière d'activité physique (Colley et al., 2011). Les nouvelles «Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire à l'intention des enfants et des jeunes» suggèrent de limiter leur temps de loisir passé devant l'écran à moins de deux heures par jour (Tremblay, Leblanc, Janssen, Kho, Hicks, Murumets, Colley et Duggan, 2011). À cet égard, il est triste de constater que la plupart d'entre eux sont loin de satisfaire à ces recommandations, avec une moyenne hebdomadaire de 44 heures passées devant un écran (Carson, Iannotti, Pickett et Janssen, 2011).

De même, les comportements alimentaires peuvent influencer le poids corporel des enfants canadiens (Dubois, Farmer, Girard, Peterson et Tatone-Tokuda, 2007). La surconsommation de certains aliments comme les boissons sucrées (Ludwig, Peterson et Gortmaker, 2001) ainsi qu'une carence en fruits et légumes (Miller, Moore et Kral, 2011) sont associées à un risque d'obésité plus élevé. Selon des données provenant de Statistiques Canada, près des deux tiers des jeunes de 9 à 13 ans consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour, soit le minimum recommandé par le guide alimentaire canadien (Garriguet, 2007).

L'hérédité peut aussi être un facteur prédisposant les enfants au surpoids. Une méta-analyse des études de jumeaux et d'adoptions a démontré la forte influence des facteurs génétiques sur la variation de l'IMC et ce, à tout âge (Silventoinen, Rokholm,

Kaprio et Sørensen, 2010). Dans ce sens, l'obésité parentale peut doubler les chances que leurs enfants deviennent obèses (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel et Dietz, 1997). Par ailleurs, il est possible que des facteurs sociaux et environnementaux aient une influence sur l'excès de poids des jeunes (Dunton, Kaplan, Wolch, Jerrett et Reynolds, 2009). Enfin, des facteurs d'ordre psychologique sont aussi corrélés à l'obésité juvénile. Selon Puder et Munsch (2010), cette relation peut aller dans les deux sens. Ainsi, les problèmes d'ordre psychologiques peuvent engendrer un excès de poids chez les jeunes (par exemple, en affectant leurs comportements alimentaires). L'inverse est aussi vrai, l'excès de poids pouvant occasionner des problèmes émotionnels chez les jeunes.

1.4. Les conséquences du surpoids et de l'obésité juvénile

Une des conséquences les plus indésirables de l'obésité juvénile est qu'elle contribue à l'apparition précoce d'un certain nombre de maladies, telles le diabète de type 2, l'athérosclérose et l'hypertension (Ball et McCargar, 2003). De plus, selon Trudeau (2010) l'obésité juvénile est associée à développer des risques d'obésité plus tard dans la vie (Trudeau, 2010). De ce fait, les conséquences potentielles de l'obésité sur la santé sont multiples non seulement plus tard une fois devenu adulte, mais aussi chez l'enfant lui-même (Halfon, Larson et Slusser, 2013). Chez les adultes, l'obésité augmente les risques de plusieurs maladies chroniques graves dont le diabète de type 2, certaines maladies cardiovasculaires, l'arthrose et plusieurs types de cancer (Guh, Zhang, Bansback, Amarsi, Birmingham et Anis, 2009). Outre les problèmes physiques,

l'obésité peut aussi entraîner des problèmes psychologiques chez les jeunes en affectant leur estime de soi et leur développement cognitif (Wang et Veugelers, 2008). Enfin, l'excès de poids entraîne aussi des conséquences sur le plan financier. D'après les résultats d'une récente méta-analyse portant sur le fardeau économique engendré par le surpoids et l'obésité au Canada, les coûts directs attribuables à l'obésité en 2006 dépassaient les quatre milliards de dollars, ce qui représentait alors 4,1% des dépenses fédérales en santé (Anis et al., 2010).

Dans un tel contexte, il apparaît nécessaire de développer des interventions ciblant l'adoption et le maintien des saines habitudes de vie (notamment la pratique régulière de l'activité physique et l'adoption de comportements alimentaires sains) chez les enfants et les adolescents au Canada.

1.5. Les interventions pour réduire l'obésité juvénile

Les initiatives visant à réduire l'obésité peuvent être classées en trois catégories : 1) les interventions cliniques individuelles ou familiales; 2) les interventions scolaires ou communautaires qui visent à influencer les comportements et 3) les politiques publiques, sociales et environnementales (Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'impact des initiatives visant à lutter contre l'obésité juvénile. Flynn et al. (2006) ont réalisé une synthèse des interventions visant à réduire l'obésité et les maladies chroniques chez les enfants et les adolescents. Cette

revue souligne que la composition corporelle et les facteurs de risques de maladies chroniques étaient les variables les plus fréquemment étudiées. Les initiatives visant à rehausser la pratique d'activité physique ont émergé en tant que pierre angulaire des modèles d'intervention dans les programmes de prévention et de réduction de l'obésité infantile. Les auteurs ont identifié l'école comme milieu propice pour ces interventions, tout en soulignant le manque de programmes communautaires et familiaux, rendant difficile l'évaluation des interventions réalisées dans ces milieux.

Une revue systématique des interventions pour traiter l'obésité infantile a démontré que les données ne permettent pas de favoriser un programme de traitement en particulier au détriment des autres (Luttikhuis et al., 2009). Généralement, peu importe le type d'intervention, il en ressort que les interventions qui visent à modifier les comportements relatifs aux habitudes de vie peuvent engendrer une réduction significative du surpoids des enfants et des adolescents même 6 à 12 mois après le début de l'intervention.

Au Canada, plusieurs efforts ont été réalisés en milieu scolaire. C'est le cas du programme *Coordinated Approach To Child Health (CATCH) Kids Club* qui fut récemment implanté en Ontario avec la collaboration d'organismes communautaires tels le *Young Men Christian Association (YMCA)* et le *Boys and Girls Club (BGC)* (Sharpe, Forrester et Mandigo, 2011). Les initiatives communautaires permettent de développer des interventions spécifiquement pour les enfants en surcharge pondérale (Morris, 2006). Cependant, ces interventions sont moins nombreuses que celles en milieu

scolaire. L'Alberta a récemment implanté le programme *Mind, Exercise, Nutrition, Do it* (MEND), qui avait d'abord fait ses preuves au Royaume-Uni et en Australie en améliorant la composition corporelle, la condition physique, le niveau d'activité physique ainsi que l'estime de soi des participants (Sacher et al., 2010).

En 2005-2006, des projets pilotes portant sur l'importance de l'acquisition et du maintien de bonnes habitudes de vie ont été réalisés en Mauricie, en collaboration avec le Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) de l'énergie et un groupe de professeurs-chercheurs universitaires de la région. Ce travail a mené à la création du Groupe En-jeux pour les Parents d'Enfants avec Excès de Poids (GEPEEP). Son cadre d'intervention fut développé suivant les recommandations de l'*American Dietetic Association* (Ritchie, Crawford, Hoelscher et Sothorn, 2006) qui suggère que les interventions auprès des jeunes en surpoids devraient aborder les aspects suivants : les comportements santé, l'activité physique, la nutrition et l'éducation des parents à agir en tant que modèle. Il s'agit d'un programme multidisciplinaire, c'est-à-dire qu'il requiert la collaboration de professionnels de différentes disciplines en santé, soit des infirmiers (ères), des nutritionnistes, des kinésologues et des travailleurs sociaux. De 2007 à 2012, le GEPEEP a organisé des activités hebdomadaires pour les enfants en surpoids d'âge primaire et leurs parents en leur prodiguant des séances hebdomadaires d'activité physique, des ateliers de développement des compétences culinaires tout en offrant aux parents des ateliers d'information sur les saines habitudes de vie. Ainsi, le GEPEEP se veut une intervention à la fois familiale et communautaire. Contrairement à plusieurs

initiatives visant à combattre l'obésité juvénile, son objectif principal n'est pas de réduire la masse adipeuse ou l'indice de masse corporelle (IMC) des participants mais bien d'améliorer leurs habitudes de vie.

1.6. Problématiques associées aux interventions visant les jeunes en surpoids

Ces types d'interventions, malgré leur pertinence et un potentiel intéressant au niveau des retombées, comportent certaines limites qui engendrent une problématique réelle. Trois d'entre elles seront approfondies: 1) la difficulté de recruter des familles pour participer à ces interventions; 2) les impacts de ces interventions, et, 3) la définition du rôle des intervenants impliqués.

Tout d'abord, le simple fait de recruter et retenir des participants pour des programmes visant les jeunes en surpoids et leurs parents représente un défi de taille (Rice, Thombs, Leach et Rehm, 2008). Selon des cliniciens interrogés, les plus importantes barrières au recrutement sont le déni des parents concernant le surpoids de leurs enfants et leur résistance à discuter à propos de ce sujet. Quelques cliniciens ont admis qu'ils devaient améliorer leurs habiletés à communiquer car ils se sentaient peu efficaces pour soulever ce problème avec les parents (Gerards, Dagnelie, Jansen, De Vries et Kremers, 2012). Ce phénomène interpelle les chercheurs qui s'intéressent à trouver des solutions pour prévenir le surpoids chez les jeunes, étant donné que même la meilleure intervention ne pourrait être bénéfique, faute de participants.

Bien que cela ne soit pas dans les objectifs de notre étude, il importe aussi de s'attarder à la façon de mesurer les impacts des interventions auprès des jeunes en excès pondéral. Bien que plusieurs types de retombées ont été identifiées jusqu'ici, la réduction de l'IMC des participants est souvent la seule variable utilisée pour juger de l'efficacité de telles interventions (Flynn et al., 2006; Luttikhuis et al., 2009). Il y a lieu de remettre en question cette pratique lorsqu'on pense au bien-être de la population à long terme. Les changements d'habitudes de vies ont été décrits comme étant importants pour améliorer la santé des jeunes (Luttikhuis et al., 2009). C'est pourquoi le programme GEPEEP fut mis sur pied dans le but d'améliorer les comportements santé des jeunes.

Enfin, cela nous amène aux rôles des intervenants impliqués dans les interventions multidisciplinaires. Selon Niehoff (2009) la situation de l'obésité juvénile attire l'attention des professionnels et des communautés à travers le pays. Il mentionne qu'il importe non seulement de comprendre la complexité de cette maladie, mais aussi d'identifier le rôle de chaque intervenant impliqué dans la prévention de l'obésité juvénile. Il ajoute :

Les efforts de collaboration entre les collectivités, les écoles, les parents, les médecins, les infirmières, les diététistes et les médias sont nécessaires pour concevoir des programmes et éduquer la population adulte pour empêcher les enfants de devenir en surpoids ou obèses, et éduquer les enfants en surpoids ou obèses sur la nutrition et l'exercice afin de ne pas porter l'obésité à l'âge adulte. [traduction libre] (Niehoff, 2009, p.17)

La recension des écrits au deuxième chapitre démontre que les rôles des différents intervenants ne sont pas encore bien définis dans un contexte multidisciplinaire, ce qui constitue la principale problématique qui sous-tend la présente étude.

1.7. Pertinence de l'étude

Suite à leur revue de littérature, Luutikhuis et al. (2009) ont mis en évidence la pertinence de mettre en œuvre des études qualitatives impliquant les prestataires et les bénéficiaires des interventions pour le traitement de l'obésité.

Les nouvelles interventions visant à prévenir l'obésité juvénile ne devraient pas seulement être basées dans les écoles ou dans les centres de santé mais les stratégies devraient inclure plusieurs milieux simultanément en mettant l'emphase sur la collaboration entre les acteurs impliqués, dont les parents. [traduction libre] (Lindsay, Sussner, Kim, et Gortmaker, 2006, p.180)

Dans un contexte où les différentes agences et les différents professionnels en santé sont souvent appelés à collaborer, il apparaît pertinent de clarifier quelle peut être la contribution de chaque intervenant dans un contexte multidisciplinaire. Enfin, tel qu'avancé par Jackson, McDonald, Mannix, Faga et Firtko (2005), une meilleure compréhension des opinions parentales à propos du surpoids de leurs enfants est une étape importante pour former des liens plus efficaces entre les professionnels de la santé et les parents. Ainsi, le fait de connaître les perceptions et les attentes des parents pourrait aider les professionnels de la santé et de l'éducation à intervenir plus adéquatement auprès des jeunes en surpoids et leur famille.

1.8. Questions de recherche

La présente étude cherche à répondre aux questions suivantes : comment les parents d'enfants en surpoids ayant participé au GEPEEP perçoivent-ils leur rôle auprès de leurs enfants et quelles sont leurs attentes concernant le rôle des divers professionnels (de la santé et du milieu scolaire) susceptibles d'intervenir auprès de leurs enfants.

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

Dans cette section, le modèle écologique pour la promotion de la santé est mis de l'avant ainsi que son application dans le cadre du programme GEPEEP. Ensuite, la littérature à propos de l'implication parentale est examinée. Tout d'abord, les connaissances des parents relatives au surpoids des enfants sont étudiées. Le déni des parents concernant le surpoids de leurs enfants est aussi pris en considération. Un parallèle est fait entre l'implication parentale dans le succès scolaire de leurs enfants ainsi que dans la santé de ceux-ci, selon le modèle de Hoover-Dempsey et Sandler (1995, 1997). Enfin, le rôle des professionnels de la santé et de l'éducation auprès des jeunes en surpoids est examiné, ainsi que les attentes des parents concernant l'implication de chacun d'entre eux.

2.1. Le modèle écologique : un cadre de référence pour orienter les interventions

Auparavant, les interventions visant à modifier les comportements en santé étaient centrées principalement sur l'individu, notamment par des campagnes de promotion et d'éducation (Purcell, 2010). Depuis quelques décennies, il y a eu un intérêt grandissant, en recherche et en pratique, pour le modèle écologique, parfois appelé socio-écologique (Sallis, Owen, et Fisher, 2008). Cette approche fut notamment créditée pour la réduction du tabagisme (Lévèsque et al, 2000). Plusieurs auteurs ont contribué à

façonner le modèle écologique. Les modèles développés à la base de l'environnement de l'individu sont issus de la classique équation de Kurt Lewin, qui propose que le comportement soit fonction de la personne et de son environnement (Lewin, Heider et Heider, 1936). On lui attribue aussi le terme «Psychologie écologique», soit l'influence de l'environnement sur la personne (Lewin, 1951). Plus tard, Bronfenbrenner (1979) a divulgué sa «Théorie des systèmes écologiques» selon laquelle le développement de l'enfant est influencé par cinq systèmes : micro-, meso-, exo-, macro- et chrono-systèmes. Ainsi, les micro-systèmes réfèrent aux milieux qui ont une influence directe sur l'enfant : famille, école, voisins, etc. Les méso-systèmes sont les relations entre les différents micro-systèmes et leurs acteurs. Les exo-systèmes sont les milieux avec lesquels les enfants n'ont pas de contact direct mais qui peuvent tout de même exercer une influence sur leur développement, comme le lieu de travail des parents. Le macro-système représente la culture et la société dans laquelle l'enfant grandit. Enfin, le chrono-système est défini comme étant les transitions et les circonstances de la vie dans le temps. D'autres auteurs comme Stokols (1992) ont ensuite proposé d'utiliser le modèle écologique pour développer des interventions de promotion de la santé. D'ailleurs, il a récemment servi de cadre de référence pour l'implantation du programme *Trial of Activity for Adolescent Girls* (TAAG), dont l'objectif était d'augmenter la pratique de l'activité physique des adolescentes (Elder et al., 2007).

Le concept du modèle écologique pour la promotion de la santé suggère que les comportements puissent être influencés par cinq niveaux : intrapersonnel (biologique ou

psychologique), interpersonnel (social ou culturel), organisationnel, communautaire, environnement physique et politique (Sallis et al., 2008). Tel que présenté sur la Figure 1, ces niveaux d'influence sont en interaction continue, ce qui favorise l'adoption de comportements multiples. Un changement à l'un ou l'autre des niveaux pourrait avoir des répercussions sur d'autres niveaux.

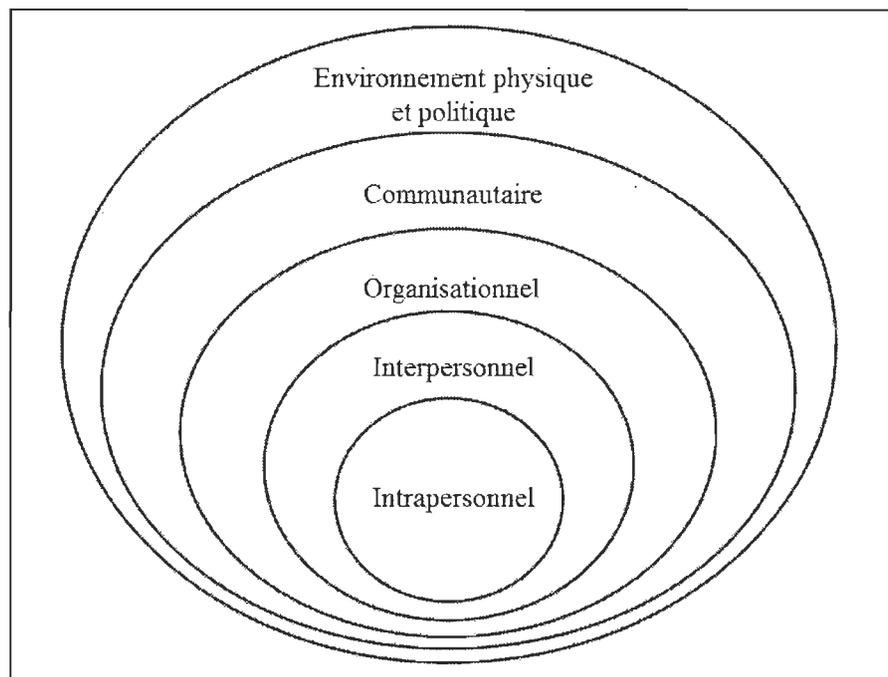


Figure 1. Modèle écologique et ses niveaux d'influence (adapté de Sallis et al., 2008)

2.2. Le GEPEEP et le modèle écologique

Par exemple, les enfants en surpoids peuvent subir l'influence de différentes sphères du modèle écologique. Des microsystèmes comme la famille, l'école ainsi que

des cliniques médicales ou même les programmes communautaires tels le GEPEEP peuvent jouer un rôle clé dans le processus d'adoption des saines habitudes de vie. Les méso-systèmes, qui sont les interactions entre les acteurs de ces milieux, comme leurs parents, les professionnels de la santé et du milieu scolaire peuvent aussi influencer les comportements des enfants reliés à la santé.

Le GEPEEP, bien qu'il cible plusieurs sphères du modèle écologique, implique surtout les dimensions individuelles et interpersonnelles entourant les individus concernés. Dans la dimension individuelle, il cherche à développer les connaissances, les attitudes, ainsi que les habiletés des participants à l'égard des divers comportements de santé. Dans la dimension interpersonnelle (micro- et méso-systèmes), les sphères familiales et communautaires permettent aux participants de développer des interactions avec les membres de leur propre famille (parent-enfant) ou ceux des autres familles du groupe. Les participants interagissent aussi avec les professionnels de la santé impliqués au GEPEEP de façon directe (intervenants qui animent les ateliers) ou indirecte (ceux qui ont le potentiel de dépister l'obésité infantile et de recommander aux familles concernées à participer au programme). De plus, le GEPEEP favorise les interactions entre les professionnels, plus spécifiquement dans les phases de planification et de réalisation des différentes activités, soit les volets activité physique, nutrition, information de même que pour assurer le suivi de l'état de santé des participants.

2.3. Rôle des parents auprès de leurs jeunes en surpoids

Les parents ont un rôle important à jouer dans la prévention de l'obésité chez leurs enfants en les aidant à développer et maintenir des comportements santé et leur rôle évolue à mesure que leurs enfants se développent - de la naissance jusqu'à l'adolescence (Lindsay et al., 2006). Malheureusement, lorsqu'il est question de l'excès de poids de leurs enfants, les parents ont souvent tendance à nier le problème. À cet effet, 564 parents d'enfants âgés de 3 à 5 ans ont été interrogés sur leurs perceptions au regard du poids de leurs enfants lors d'une étude en Angleterre. Seulement 1,9% des parents d'enfants en surpoids et 17,1% des parents d'enfants obèses ont affirmé que leur enfant avait un excès de poids (Carnell, Edwards, Croker, Boniface et Wardle, 2005). En Ontario, une étude similaire a cherché à comparer la condition pondérale réelle d'enfants de 4^e, 5^e et 6^e année aux perceptions qu'en avaient leurs parents (He et Evans, 2007). Une forte proportion de parents ne reconnaissait pas que leur enfant souffrait de surpoids ou d'obésité. La condition pondérale réelle des enfants (29,9% de surpoids ou d'obésité et 1,4% de poids insuffisant mesurés) différait de la perception qu'en avaient leurs parents (18,3% de surpoids ou d'obésité et 17,2% de poids insuffisant perçus).

Des recherches qualitatives ont aussi été réalisées dans le but de mieux comprendre le phénomène du surpoids des jeunes selon le point de vue des parents. Les travaux de Jackson et collaborateurs (2005) ont permis d'obtenir les perceptions maternelles concernant les causes du surpoids de leurs enfants (Jackson, McDonald, Mannix, Faga et Firtko, 2005) ainsi que les stratégies adoptées par les mères pour

accompagner leurs enfants vers un poids santé (Jackson, Mannix, Faga et McDonald, 2005). Les participantes interrogées attribuaient l'excès de poids de leurs enfants à des causes telles : 1) un lent métabolisme, 2) un style de vie sédentaire, 3) des facteurs familiaux, culturels ou génétiques et 4) de mauvaises habitudes alimentaires. Elles se disaient très inquiètes à propos des problèmes occasionnés par le surpoids chez leurs enfants, notamment au niveau social. Les mères interrogées avaient adopté des stratégies afin d'améliorer les saines habitudes de vie de leurs enfants. Les plus notoires étant : leur servir de modèle, développer des opportunités pour augmenter leur activité physique, diminuer leur consommation de malbouffe et les conscientiser à propos de la nourriture.

Plus récemment, des parents d'adolescents en surpoids ont été interrogés au sujet des défis auxquels ils faisaient face ainsi qu'aux conseils qu'ils avaient pour les autres parents dans cette situation (Boutelle, Feldman et Neumark-Sztainer, 2012). Les difficultés les plus mentionnées étaient l'inefficacité de la communication à propos du poids corporel; l'incapacité des parents de contrôler les décisions de leurs ados concernant l'alimentation santé et les comportements reliés à l'activité physique; les inquiétudes par rapport au mieux-être de ceux-ci ainsi que le sentiment de responsabilité et la culpabilité ressentis par les parents. Lorsqu'invités à partager des conseils aux autres parents vivant pareille situation, les conseils les plus fréquents étaient : 1) fournir un environnement-santé à la maison, 2) agir comme modèle en ce qui a trait aux

comportements santé ainsi que 3) fournir du support et de l'encouragement aux adolescents en surpoids.

En résumé, de nombreux parents ne reconnaissent pas lorsque leurs enfants souffrent de surpoids ou d'obésité. Néanmoins, ces parents ont des défis à relever et un rôle crucial à jouer auprès d'eux. Ils doivent leur montrer l'exemple (agir en tant que modèle) et les encourager à adopter et maintenir des comportements santé. De façon plus spécifique, cela peut se traduire en les incitant à mieux s'alimenter (par exemple, augmenter leur consommation de fruits et légumes, réduire leur consommation de malbouffe et de boissons sucrées) et à bouger plus (par exemple, favoriser la pratique de l'activité physique et limiter leurs comportements sédentaires).

Les parents doivent parfois se tourner vers des ressources à leur disposition (programmes, professionnels de la santé ou du milieu scolaire) pour les accompagner dans leurs démarches visant à améliorer les habitudes de vie de leurs enfants. À cet égard, des parents furent interrogés au sujet de leur expérience lorsqu'ils ont consulté des professionnels de la santé afin d'obtenir de l'aide avec leurs enfants en surpoids (Edmunds, 2005). Les perceptions des parents concernant les services reçus des médecins ont varié grandement. Certains parents disent avoir reçu des conseils, s'être fait suggérer de passer des tests ou de consulter d'autres professionnels. Certains d'entre eux ont senti de l'empathie de la part des médecins tandis que d'autres ont senti un manque d'intérêt ou encore ont été blâmés pour l'excès pondéral de leurs enfants.

Selon Epstein (1996), l'environnement familial peut aussi contribuer au développement de l'obésité des enfants. Les parents peuvent influencer les préférences culinaires et la consommation d'aliments ainsi que fournir un milieu plus ou moins propice à la sédentarité. Les parents servent de modèles et peuvent renforcer l'acquisition et le maintien des comportements santé liés à la nutrition et à l'exercice. Les travaux d'Epstein (1996) ont notamment démontré que la participation d'au moins un parent lors d'une intervention visant à faire réduire le surpoids des enfants améliorerait le maintien du poids à court terme et à long terme de ces derniers. D'après l'auteur, les interventions familiales peuvent bénéficier tant aux enfants qu'à leurs parents mais les enfants en bénéficient davantage.

Une recension des écrits de Golan (2006) s'est ensuite attardée aux interventions familiales qui ciblaient les parents comme principaux agents de changement des comportements santé des familles. Les résultats ont révélé que le poids des parents et celui des enfants s'était amélioré même si seuls les parents avaient participé aux séances de groupe. Plus étonnant encore, les interventions qui incluaient seulement les parents avaient engendré de meilleurs résultats en termes de poids corporel et de comportements santé que les interventions incluant des parents et des enfants.

De tels résultats soutiennent la pertinence de considérer la famille comme un milieu d'intervention. D'ailleurs, l'analyse des données provenant de l'étude longitudinale de Framingham a démontré l'importance pour les parents de montrer l'exemple concernant les saines habitudes de vie (Moore, Lombardi, White, Campbell,

Oliveria et Ellison, 1991). Toujours selon Moore et ses collègues (1991), concernant l'activité physique, les enfants qui avaient deux parents actifs avaient 5,8 fois plus de chances de devenir actif que les enfants ayant deux parents sédentaires. Le modelage des comportements alimentaires peut aussi influencer le développement de l'obésité chez les jeunes (Hood, Moore, Sundarajan-Ramamurti, Singer, Cupples et Ellison, 2000).

Hoover-Dempsey et Sandler (1995; 1997) se sont intéressés à l'influence de l'implication parentale dans la réussite scolaire de leurs enfants ainsi qu'aux raisons motivant leur implication. Leur modèle suggère entre autre que l'implication parentale influence la réussite éducative de l'enfant par trois mécanismes : le modelage, le renforcement et l'instruction. Concernant les motifs qui sous-tendent l'implication parentale, le modèle propose quatre construits : 1) la construction des rôles parentaux (soit la perception que leur participation fait partie de leurs responsabilités), 2) le sentiment d'auto-efficacité des parents pour aider leurs adolescents à avoir du succès sur le plan académique, 3) la perception des parents de l'invitation des professeurs à s'impliquer, et 4) la perception des parents de l'invitation de l'élève. Notamment, Deslandes, Royer, Turcotte et Bertrand (1997) ont étudié l'implication parentale en terme de rôles, auprès des élèves du niveau secondaire. Leurs résultats démontrent que les parents exercent une influence prépondérante sur la réussite scolaire des adolescents. Les auteurs concluent : « les trois facteurs de l'encadrement parental, de l'encouragement à l'autonomie et de l'engagement parental, contribuent à prédire le rendement scolaire » (Deslandes et al., 1997, p.191). Par ailleurs, Deslandes et Bertrand (2004) ont démontré

que les parents s'impliquent davantage dans l'éducation de leurs adolescents – à la maison ou à l'école – lorsqu'ils perçoivent une invitation de la part des professeurs et des élèves. La construction des rôles parentaux contribue aussi à prédire l'implication des parents des élèves du niveau secondaire.

Il apparaît que l'implication parentale puisse jouer un rôle non seulement pour la réussite scolaire des jeunes mais aussi pour favoriser leur adoption de comportements sains tels que la pratique régulière d'activité physique et la saine alimentation. À cet égard, Czaplicki, Laurencelle, Deslandes, Rivard et Trudeau (2013) se sont inspiré du modèle de Hoover-Dempsey et Sandler pour démontrer l'influence de trois pratiques parentales (modelage, renforcement et instruction) sur la consommation de fruits et légumes (CFL) ainsi que l'activité physique et sportive (APS) des enfants et des adolescents. Ils ont constaté que l'influence parentale peut varier selon le sexe et l'âge des enfants et des adolescents.

Chez les jeunes du secondaire, le renforcement parental est associé significativement à la pratique d'APS. Chez les filles du primaire et du secondaire ainsi que chez les garçons du primaire, l'instruction parentale a une influence significative sur la pratique d'APS, tandis que le modelage est associé à une CFL accrue chez les filles du secondaire. (Czaplicki et al., 2013, p.36)

2.4. Rôle des intervenants en santé envers les jeunes en surpoids

Plusieurs professionnels de la santé et de l'éducation peuvent jouer un rôle auprès des jeunes en surpoids et de leurs parents. Le concept d'équipe multidisciplinaire impliquant professionnels et membres de la famille peut permettre aux différents

intervenants de se partager les responsabilités : dépistage du surpoids et de l'obésité, conseils sur les saines habitudes de vie, prise en charge des jeunes en surpoids, etc. Cependant, il fut démontré que plusieurs cliniciens hésitent à mentionner le surpoids des enfants à leurs parents. Lors d'un sondage conduit aux États-Unis, on a demandé à environ 5000 parents d'enfants en surcharge pondérale si un médecin ou autre professionnel de la santé leur avait déjà mentionné que leur enfant était en surpoids. À cette question, seulement 22% d'entre eux ont répondu dans l'affirmative (Perrin, Skinner et Steiner, 2011). Des médecins et infirmiers (ères) interrogés à propos de leur rôle envers les jeunes en surpoids ont répondu qu'il se résumait à mentionner le problème de poids et de fournir des conseils de base sur la nutrition et l'exercice. Ils ont aussi exprimé l'inquiétude que discuter d'un problème délicat comme celui-là affecte négativement la relation établie avec les patients (Walker, Strong, Atchinson, Saunders et Abbott, 2007).

Afin de guider les cliniciens des soins de santé primaire avec leurs clients en surpoids, le Réseau Canadien en Obésité (RCO) a créé une trousse à leur disposition ("5As of Obesity management," 2012). Les cinq étapes consistent à : 1) demander la permission de discuter de poids et d'explorer la volonté de changement, 2) évaluer les causes de la prise de poids et les risques potentiels pour la santé liés à l'obésité, 3) conseiller sur les risques d'obésité, discuter des avantages des options de traitement, 4) s'entendre sur les attentes réalistes de perte de poids et sur un plan intelligent pour atteindre les objectifs comportementaux, et, 5) aider à résoudre les facteurs et les

obstacles, offrir de l'information et des ressources, référer vers d'autres professionnels de la santé et organiser le suivi. Bien que ces étapes soient recommandées aux cliniciens, il y a lieu de se questionner sur l'application d'un tel processus lors d'un contexte collaboratif. Ainsi, une équipe de santé pourrait se diviser les responsabilités selon le temps disponible et les compétences de chacun des intervenants, plutôt que de travailler chacun dans son silo.

2.4.1. Les médecins de famille et les pédiatres

Les médecins et pédiatres peuvent contribuer à contrôler l'obésité juvénile en effectuant un suivi de l'indice de masse corporelle (IMC) des patients. Ils peuvent promouvoir l'activité physique quotidienne et un environnement qui encourage l'adoption d'un mode de vie actif (Shephard, 2004). Les médecins peuvent aussi planifier des interventions efficaces tout en tenant compte des aspects psychologiques du problème au sein de la famille (Plourde, 2006). Une étude canadienne fut récemment menée afin de déterminer les points de vue, les pratiques, les défis, les obstacles et les besoins d'un échantillon national de médecins de famille et de pédiatres communautaires dans le cadre du dépistage et de la prise en charge de l'obésité juvénile (He, Piché, Clarson, Callaghan et Harris, 2010). D'après les résultats, la majorité des praticiens ont mentionné donner des conseils sur l'alimentation et l'exercice. Un faible pourcentage d'entre eux (<10%) ont rapporté évaluer l'IMC de leurs patients systématiquement à chaque visite. Aussi, les médecins ont souligné avoir besoin d'aide pour gérer la problématique complexe que représente l'obésité juvénile. Ils avancent

qu'une approche interdisciplinaire incluant d'autres professionnels de la santé (ex : infirmiers/ères, nutritionnistes et même des psychologues) travaillant en collaboration améliorerait le soutien offert aux familles (He et al., 2010).

En Angleterre, des médecins et des parents furent interrogés au sujet de leurs perceptions des causes, conséquences et de la gestion de l'obésité juvénile (Gage, Erdal, Saigal, Qiao, Williams et Raats, 2012). Parmi les causes identifiées, les mauvaises habitudes alimentaires ainsi que le manque d'activité physique des familles sont ressortis. Pour ce qui est des conséquences, les participants ont mentionné l'obésité et des problèmes de santé à l'âge adulte ainsi que l'intimidation, la dépression et une faible estime de soi. Selon les parents, les médecins devraient être plus proactifs envers les jeunes en surpoids et leurs parents. En effet, les parents s'attendent à ce que les médecins mesurent l'IMC, mentionnent le surpoids aux parents s'il y a lieu, prodiguent des conseils relatifs à l'alimentation et l'exercice, réfèrent vers d'autres professionnels et effectuent un suivi périodique du poids de l'enfant. Le rôle des médecins envers les jeunes en excès de poids est moins important selon les médecins eux-mêmes alors que les attentes des parents sont plus élevées. D'ailleurs, 43% des médecins considèrent qu'aucune action n'est requise de leur part. À titre comparatif, la même étude démontre que seulement 24% des parents partagent cet avis. La majorité des parents et des médecins croient que les infirmières, les nutritionnistes et les psychologues auraient aussi un rôle à jouer dans cette problématique. Les auteurs concluent que le rôle des médecins devrait être clarifié dans un contexte collaboratif.

2.4.2. Les autres intervenants des domaines de la santé et de l'éducation

Les médecins n'ont pas toujours les ressources pour conseiller leurs patients au sujet de la nutrition ou de l'activité physique (He et al., 2010). Ainsi, il peut être avantageux de former une équipe multidisciplinaire en santé. Celle-ci peut être coordonnée par un médecin ou une infirmière et peut inclure des intervenants tels des nutritionnistes, des professionnels de l'exercice ainsi que des psychologues (Lau et al., 2007). Les infirmières peuvent appuyer les médecins afin d'effectuer le suivi médical des enfants. En milieu clinique, elles sont bien qualifiées pour travailler sur les problèmes complexes qui peuvent affecter les enfants en surpoids et leurs familles. Elles peuvent aider à identifier les jeunes qui sont obèses, coordonner leurs soins et assister leurs familles dans la promotion de la santé optimale (Hinebaugh et Calamaro, 2011). Pour ce qui est des infirmières en milieu scolaire, elles peuvent conjuguer leurs efforts à ceux des enseignants en éducation physique dans la prévention de l'obésité juvénile. Ces deux intervenants peuvent assister les enfants et les parents à comprendre les effets dévastateurs de l'excès pondéral et à identifier les comportements santé qui peuvent renverser cette condition (Bryan, Broussard et Bellar, 2013) ou à tout le moins contrecarrer le développement des complications associées.

Plusieurs professionnels de la santé ont la compétence de mesurer l'IMC de leurs patients ou clients et de fournir les explications appropriées, comme prodiguer des conseils relatifs à l'alimentation et l'exercice, référer vers d'autres ressources (professionnels ou programmes) et effectuer un suivi périodique du poids et de la santé

de l'enfant. Malheureusement, le dépistage du surpoids n'est pas toujours fait et lorsqu'il est fait, il n'est pas toujours communiqué efficacement (Perrin et al., 2011). À la lumière des études consultées, il ne fait aucun doute que le médecin ait un rôle à jouer dans la problématique du surpoids des jeunes mais ce rôle reste à clarifier dans un contexte collaboratif (Gage et al., 2012). Pour ce qui est des autres professionnels pouvant intervenir dans cette problématique, il semble que leur implication soit moins documentée. Le prochain chapitre stipule qu'il serait pertinent de clarifier les rôles des intervenants dans le contexte d'une approche multidisciplinaire pour prendre en charge les jeunes en surcharge pondérale.

2.5. Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude sont : 1) comprendre l'expérience des participants à un programme de soutien pour les parents d'enfants en surpoids (motifs de leur participations, appréciation de l'approche multidisciplinaire); 2) sonder les connaissances des parents au sujet de la problématique que représente le surpoids chez les enfants, ses causes et ses conséquences; 3) recueillir les perceptions parentales quant à la compréhension de leur propre rôle auprès de leurs enfants en surpoids; 4) identifier les attentes parentales concernant le rôle des divers professionnels de la santé et du milieu scolaire susceptibles d'intervenir auprès des jeunes en surpoids dans le cadre d'un programme communautaire.

2.6. Hypothèses et résultats attendus

Il est anticipé que les participants à cette étude de cas seront bien informés des causes et conséquences de l'excès de poids chez les jeunes. Leur participation au programme GEPEEP devrait leur avoir permis d'acquérir non seulement des connaissances mais aussi une opinion éclairée de l'approche multidisciplinaire pour lutter contre l'obésité juvénile. Les parents reconnaîtront certainement que leur implication est primordiale lorsqu'il est question d'influencer leurs enfants à adopter des comportements santé. Il est aussi attendu que la plupart des parents interrogés auront une opinion favorable de l'intervention et qu'ils sauront reconnaître les bienfaits de l'accès à des professionnels de différentes spécialités au sein d'un même programme. Leur expérience vécue leur confère une crédibilité à leurs opinions sur les rôles des différents intervenants envers les jeunes en surpoids.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3.1. Étude de cas

Selon Pitney et Parker (2009), une étude de cas est une enquête rigoureuse d'un système fermé. Il peut s'agir d'un individu, d'un programme, ou encore d'un centre de santé. Merriam (1998) mentionne que les chercheurs choisissent généralement un milieu fermé car il intensifie une problématique particulière. Le système peut aussi être unique en son genre. Ainsi, nous croyons que le milieu sélectionné pour cette étude permet de cibler certaines problématiques reliées aux interventions envers les jeunes en surpoids. De plus, nous croyons que l'intervention confère aux participants une expérience et des connaissances qui donnent une crédibilité à leurs opinions en lien avec les questions de recherche. Selon Roy (2009), l'étude de cas est reconnue comme étant un bon moyen pour explorer des phénomènes nouveaux ou négligés, comprendre le contexte et l'histoire entourant un cas et combler les lacunes des études par échantillon. Par contre, sa principale critique serait au niveau de la validité externe, soit de ne pas être représentatif de l'ensemble de la population.

3.2. Description du milieu et des participants

Le milieu choisi est le programme GEPEEP, qui se trouve à Shawinigan, dans la région de la Mauricie, au Québec. Le programme est décrit dans la section 1.5. Les participants de cette étude sont des parents (N=10), soit neuf mères et un père, qui ont suivi le programme GEPEEP avec leurs enfants en surpoids pendant un ou plusieurs trimestre(s) entre 2007 et 2011. Le nombre de participants correspond au nombre de parents qui se sont portés volontaires.

3.3. Instrument de collecte de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Le guide d'entretien est présenté dans l'annexe A. Le contenu de l'entrevue a été élaboré de façon à répondre aux objectifs de l'étude : 1) comprendre l'expérience des participants à un programme de soutien pour les parents d'enfants en surpoids (motifs de leur participations, appréciation de l'approche multidisciplinaire); 2) sonder les connaissances des parents au sujet de la problématique que représente le surpoids chez les enfants, ses causes et ses conséquences; 3) recueillir les perceptions parentales quant à la compréhension de leur propre rôle auprès de leurs enfants en surpoids; 4) identifier les attentes parentales concernant le rôle des divers professionnels de la santé et du milieu scolaire susceptibles d'intervenir auprès des jeunes en surpoids dans le cadre d'un programme communautaire. Pour les motifs de participation au groupe d'intervention, les parents ont été interrogés au sujet des raisons de leur participation au

GEPEEP : Qui les a dirigés vers le programme et pourquoi ont-ils décidé de s'inscrire? Les parents ont aussi été interrogés au sujet de leurs connaissances (causes et conséquences) de la problématique du surpoids et de l'obésité juvénile. Ensuite, les rôles des acteurs ont été abordés. D'abord, leurs perceptions de leurs propres rôles et responsabilités comme parents envers leurs enfants en surpoids, suivi de leurs perceptions et leurs attentes des rôles des professionnels envers les jeunes en surpoids. Les parents devaient nommer tous les professionnels de la santé ayant un rôle à jouer envers les jeunes en surpoids. Ensuite, ils devaient expliquer leurs choix. Après, on leur énumérait des tâches en lien avec la prise en charge des jeunes en surpoids. Les participants devaient alors nommer un ou plusieurs intervenants capables de remplir ces responsabilités, puis d'expliquer leur raisonnement. Enfin, les parents ont eu l'occasion de s'exprimer au sujet de leur appréciation de l'approche multidisciplinaire pour améliorer les saines habitudes de vie des enfants en excès de poids.

3.4. Procédures éthiques

L'étude fut approuvée par le comité d'éthique de la recherche sur des Êtres Humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le directeur du programme GEPEEP s'est chargé de recruter les participants par téléphone en appelant tous les parents qui avaient déjà participé au programme pendant au moins un semestre. Avant leur participation, les parents devaient lire la lettre d'information et signer un formulaire de consentement. Afin de protéger l'identité des participants, leurs noms ont été

remplacés par des noms fictifs lors de la transcription et par des codes dans la dissertation. Les entrevues audio ont été détruites après la retranscription des verbatim. Les verbatim seront conservés pendant une période de cinq ans avant d'être détruits.

3.5. Collecte et analyse des données

La durée moyenne des 10 entrevues était d'environ 30 minutes. Celles-ci ont été enregistrées (audio), transcrites à l'aide du logiciel *Microsoft Word* et analysées à l'aide du logiciel *QSR NVivo 8*. Le contenu fut analysé à l'aide de la méthode développée par L'Écuyer (1990). Cette méthode contient six étapes : 1) lectures préliminaires et établissement d'une liste d'énoncés, 2) choix et définition des unités de classification (ou de sens), 3) processus de catégorisation et de classification, 4) quantification et traitement statistique, 5) description scientifique, et 6) interprétation.

Lors de la troisième étape, une catégorisation mixte fut utilisée dans le but de permettre l'utilisation de thèmes retrouvés dans la littérature scientifique de même que l'émergence de nouveaux thèmes. La méthode utilisée s'apparente davantage à la thématisation qu'à la catégorisation conceptualisante, selon Paillé et Mucchielli (2008). Pour ce qui est de la quatrième étape, la quantification fait habituellement référence à la fréquence d'apparition d'énoncés dans un même thème pour connaître la proportion relative de chaque thème. Par contre, la quantification réalisée lors de cette étude correspond au nombre de participants ayant nommé chaque item (par exemple, un professionnel ou un rôle en particulier). Afin de rehausser la validité interne de l'étude,

qui consiste à limiter les biais personnels des chercheurs, Roy (2009) suggère la participation d'acteurs externes aux travaux. Ainsi, la thématisation et le codage ont été réalisés par deux étudiants. Tout d'abord, les deux étudiants ont effectué la thématisation en silo avant de procéder à la validation des thèmes. Ensuite, le codage s'est aussi effectué en silo avant de se réunir pour la comparaison. Une entente était prise lorsqu'il y avait une disparité.

CHAPITRE IV

TACKLING CHILDHOOD OVERWEIGHT: PARENTAL PERCEPTIONS OF STAKEHOLDER ROLES IN A COMMUNITY-BASED INTERVENTION

Sébastien Blanchette

Jean Lemoyne

François Trudeau

Département des sciences de l'activité physique, Université du Québec à Trois-Rivières

Correspondence should be addressed to:

François Trudeau

Université du Québec à Trois-Rivières

Département des sciences de l'activité physique

C.P. 500 Trois-Rivières (Québec), Canada, G9A 5H7

francois.trudeau@uqtr.ca

Article préparé pour la Revue canadienne de santé publique

(Canadian Journal of Public Health).

4.1. Abstract

Context: In Canada, nearly one-third of 5 to 17 years old are overweight or obese.¹

Collaborative efforts among communities, schools, parents and health professionals are needed to implement childhood obesity prevention programs. The role of each stakeholder must be identified as well.² Objectives: The purpose of this case study was

to: 1) Understand parents' experience and appreciation of their participation in the GEPEEP program; 2) Assess parents' knowledge of childhood overweight, its causes and consequences; 3) Obtain parents' views of their role and responsibilities toward their overweight children; 4) Obtain parental perceptions about which professionals can intervene and how they can get involved in a multidisciplinary context to tackle

childhood overweight. Methods: Data was collected from semi-structured interviews with 10 parents who participated in the GEPEEP, a program designed to help families with overweight children adopt a healthier lifestyle. Results: The participants'

knowledge related to childhood overweight were very realistic compared to the evidence shown by the literature on the topic. Every participant prefers that their children be monitored by a team of health professionals rather than by a single professional. They expect that a physician or a paediatrician could diagnose overweight, explain results to parents and refer families to resources. The team could also include professionals from health and education such as dietitians, nurses, teachers, psychologists, kinesiologists and social workers. The parents should be part of the team as well. Their role would consist of acknowledging their children's overweight, instructing their children about

healthy behaviours, reinforcing and encouraging those behaviours, role modeling a healthy lifestyle and seeking for professional help when needed. Conclusion: Interventions toward overweight children should include health professionals from many disciplines. Practitioners should surround themselves with other professionals to monitor overweight children. Further research is necessary to investigate barriers and facilitators to collaboration among health professionals in childhood overweight prevention and treatment.

Keywords: Childhood overweight, obesity, prevention, role(s), parents, perception(s) health professional(s), community, multidisciplinary program.

4.2. Introduction

Overweight and obesity is affecting nearly one third of school-aged Canadians.¹ Obesity can be caused by lack of physical activity,³ poor eating behaviours,⁴ overconsumption of sweet drinks⁵ or lack of fruits and vegetables consumption.⁶ Genetics factors can also be blamed.^{7,8} Psychological problems can be associated with childhood obesity as well. The relationship between obesity and psychological problems seems to be two-fold, in that clinically meaningful psychological distress might foster weight gain, and obesity may lead to psychosocial problems.⁹ The probability of obesity persistence from childhood to adulthood is moderate and significant.¹⁰ Obesity can increase the odds of physical and mental health problems.¹¹

Several initiatives have been implemented in order to prevent or treat childhood obesity.¹² Interventions may be family-, clinical-, school- or community-based and therefore involve collaboration of professionals working in these environments. Community-based programs can be specifically designed to assist overweight children and families to practice healthy behaviours.¹³ Alberta recently implemented the program MEND*, which had proven to be efficient in other countries.¹⁴ In Shawinigan (Quebec), a similar program was created in order to help parents and their overweight children to adopt a healthier lifestyle. The GEPEEP† provided weekly sessions with physical activity, nutrition and counselling components. The workshops were provided by a

* Mind, Exercise, Nutrition, Do it

† Groupe Enjeux pour Parents d'Enfants avec Excès de Poids

multidisciplinary health team that included nurses, dieticians, kinesiologists and social workers.

Interventions designed specifically for overweight or obese people come with challenges. First of all, recruiting and retaining participants is not an easy task¹⁵. Among barriers to successful recruitment, some professionals mentioned parents' denial about their children's weight and their resistance to discuss weight issues. Professionals also shared they had low self-efficacy in raising this topic.¹⁶ Another problem with interventions for overweight children is that stakeholders' roles are not well defined. Niehoff (2009, p.17)² explains:

“Not only is it important to identify and understand the complexity of this disease, but the role of each group that will design and implement childhood obesity prevention programs must be identified as well. In order to prevent children from becoming overweight or obese, collaborative efforts among communities, schools, parents, physicians, nurses, dietitians, and the media are needed to design programs and educate the adult population to prevent children from becoming overweight or obese, and to educate children who are overweight or obese about nutrition and exercise habits so as not to carry obesity into adulthood”.

4.2.1. Role of parents toward their overweight children

Parents' involvement is crucial when it comes to shaping their children's healthy behaviours.^{17, 18} Literature about parenting shows that practices such as instruction, reinforcement and role modeling can influence children's physical activity and fruit and vegetable consumption.¹⁹ Parents of overweight teenagers have also raised the

importance of setting up a healthy home environment (e.g. food), parental role modeling and providing encouragement for their children's positive efforts.²⁰

4.2.2. Role of health professionals

It is clear that physicians and paediatricians have an important role to play in preventing and managing childhood overweight.^{21,22} They can measure BMI[‡], screen overweight and obesity and related health problems and follow-up with their young patients. However, a study revealed that physicians see their role toward overweight children as less important.²³ Parents thought physicians should be more involved and proactive than the physicians stated they should be. Authors suggest that their role needs to be clarified in the context of multiagency approaches. Also, Canadian doctors have expressed the need for support from other health professionals.²⁴

Many other health professionals can intervene toward overweight children. An expert committee²⁵ suggested a health team concept to manage overweight children. The team could include health professionals such as nurses, dieticians, psychologists and exercise specialists. School personnel can also get involved, such as physical education teachers and school nurses.²⁶ The role of other professionals toward overweight children, unlike the physicians, is not extensively documented.

The main purpose of this study was to understand parents' experience following their participation in the GEPEEP program and to obtain parental perceptions about

[‡] Body Mass Index

which professionals can intervene and how they can get involved in a multidisciplinary context to tackle childhood overweight. According to Jackson et al. (2005, p.8),²⁷ “understanding parental views about childhood overweight is a key step in forming effective liaison between health professionals and parents.” Parents were also questioned about their understanding of childhood overweight, its causes and consequences and about their role and responsibilities toward their overweight children. Finally, the participants were given the opportunity to express their appreciation of a multidisciplinary program to improve overweight children and their parents’ healthy lifestyle.

4.3. Methods

A case study is an intense investigation of a bounded system and tends to focus on unique programs, special concerns, and interesting situations.²⁸ In this study, 10 parents (9 mothers and 1 father) were interviewed following their participation in the GEPEEP program with their children between 2007 and 2011. All parents considered at least one of their children as overweight or obese, which was a prerequisite to participate in the program. Table 1 summarizes the participants' characteristics and background (reasons for taking part in the GEPEEP program, diagnosis and communication of their children's overweight when they consulted their family practitioners or paediatricians and the persons who referred them to participate in the program).

The program, which is offered every semester in Shawinigan (Quebec), provided weekly sessions including physical activity, healthy cooking and workshops about healthy lifestyle for the families involved. A multidisciplinary health team including nurses, kinesiologists, dieticians and social workers provided the workshops.

The University Ethical Committee for Research on Human Beings as well as the GEPEEP committee approved the study. The intervention program director recruited the participants. Before the interview, the participants read the information letter about the research and signed a consent form. To ensure the participants' confidentiality, their names were replaced by participants' numbers. The interviews were semi-structured and

the duration averaged 30 minutes. The main themes explored were: 1) Parents' experience about their participation in the GEPEEP program; 2) Parents' knowledge of childhood overweight, its causes and consequences; 3) Parents' views of their role and responsibilities toward their overweight children; 4) parental perceptions about which professionals can intervene and how they can get involved in a multidisciplinary context to tackle childhood overweight. Finally, the participants were given the opportunity to express their appreciation of a multidisciplinary program to improve overweight children's healthy lifestyle.

Two professors directed the study. The interview guide was created by a graduate student and revised by two professors. They were recorded (audio), transcribed and analysed using *QSR NVivo 8* software. The interviews were performed in French and some quotes were translated in English for the purpose of this article. The categorization and coding were performed separately by two graduate students and, after comparing both codings, they reached an agreement upon the disparities. The content was analysed according to the method developed by L'Écuyer²⁹. A mixed categorisation allowed the use of themes found in literature as well as new emerging themes.

Table 1. Participants' characteristics and background

Categories	Results
Parent's gender	Female (n=9) Male (n=1)
Children per family (<i>M±SD</i>)	2.10±0.74
Children's overweight diagnosed by:	A physician or paediatrician (n=8) Another health professional (n=2)
Reason for participating in the GEPEEP program:	To manage their children's weight (n=7) To prevent their children's health problems (n=2) To benefit from the support of a multidisciplinary health care team as well as support from other parents (n=1)
Referred to the GEPEEP program by:	A physician or paediatrician (n=4) Another health professional (n=4) A friend who knew the program (n=2)

4.4. Results

4.4.1. Parents' knowledge of childhood overweight

The participants were questioned about their knowledge of the issue that represents childhood overweight. The results are displayed in Table 2. First of all, they were invited to provide their own definition of overweight. Most definitions were related to body image, weight/height ratio or health risks. The definitions related to body image suggested that a difference compared to normality could be noticed. The definitions related to weight/height ratio suggested that the overweight children had a Body Mass Index (BMI) and a growth curve situated in the upper end of the chart. The health-related definitions were mostly expressed in terms of risks on physical or mental health.

The participants were asked their opinion on what caused their children's overweight. The majority of them acknowledged the influence of unhealthy eating behaviours (n=8) as well as lack of physical activity or sedentary lifestyle (n=7). Genetics factors and psychological reasons were also mentioned as possible causes by five (5) parents. Also, five (5) parents associated the psychological aspect with eating behaviours, using expressions such as "emotional eating behaviours". Generally, parents attributed their children's overweight to a combination of the factors mentioned above.

"So I think it's the three (reasons): psychological, nutritional and physical." (P10)

When the parents were asked if childhood overweight was a problem, they all answered “yes”, acknowledging that being overweight or obese could affect their children’s physical health. According to four (4) parents, their children were exhausted and breathless sooner than they would expect from children of that age. Some parents dreaded complications such as diabetes (n=3) and cardiac diseases (n=4). Most of them (n=8) also recognized that overweight or obese children could go through psychosocial difficulties. To this effect, six (6) parents mentioned that their children’s self-esteem or self-confidence could be affected. Three (3) participants also shared how clothes shopping could be a challenging experience for overweight children and their parents. Socially, the overweight children are more prone to be judged, mocked or bullied, according to some parents.

Table 2. Parents' knowledge of childhood overweight

Questions	Emerging themes (n*)	Example quotes
What is your definition of overweight?	Body image (n=6)	<i>"An overweight child is bigger than the average person his age." (P4) "It's someone who is different, who stands out by his size." (P8) "When we look, we can see rounder shapes." (P10)</i>
	Weight/height ratio (n=5)	<i>"It's an individual for whom his growth curve is always higher than average." (P8)</i>
	Health risks (n=3)	<i>"It is a weight that causes problems [...] physically or mentally." (P2) "...A child that has difficulty to move." (P6) "Often, it has impacts on a physical level, such as breathlessness." (P7)</i>
What caused your children's overweight?	Unhealthy diet or eating habits (n=8)	<i>"My children needed a healthier way of eating. So I lacked information on that side of things." (P2)</i>
	Lack of physical activity or sedentary lifestyle (n=7)	<i>"She is doing a little less exercise compared to a few years ago." (P9)</i>
	Genetics/inheritance (n=5)	<i>"It's all inherited [...] I was in elementary school and I was the biggest in my class." (P1)</i>
	Psychological problems (n=5)	<i>"There is an emotional cause also [...] my child will eat because he is bored, because he has nothing to do or because he has no friends." (P3)</i>
Is childhood overweight a problem? Why?	Risks for children's physical health (n=10)	<i>"They are more likely to contract diseases that are related to overweight." (P7) "If the child is overweight but eats poorly, does not move, uh, yes he can develop diabetes [...] he may have a heart condition. You know, everything is connected. It may jeopardize his health." (P8)</i>
	Psychosocial consequences (n=8)	<i>"You go clothes shopping and there she is, crying in the fitting room because nothing fits her." (P5) "Problems with self-esteem and things of that kind that can even lead to mental illness, in the long run." (P6)</i>

* Number of parents who reported each theme.

4.4.2. Parental views of their role toward their overweight children

Parents were invited to share about the role they play toward their overweight children. The duties they mentioned are summarized in Table 3, along with supporting quotes. The majority of parents (n=8) recognized the importance of role modeling. They believe that leading by example is more efficient than simply telling their children what to do. One parent stated: *“You must lead by example, alongside him [...] Be congruent with what you preach also. If you don't adopt the same habits as him, you are not a good role model”* (P7). According to four (4) participants, it appears that awareness or admitting the overweight or obesity of their children would be the starting point for every parent looking to improve their children's healthy habits. Three (3) participants mentioned that providing a healthful home environment, especially healthy food is also important considering that parents are in charge of buying and preparing the food for their children. Parents must also educate their children to have a healthy lifestyle. To be more specific, this can be carried out by giving them instruction and information about healthy behaviours (n=5) and followed up by reinforcing and encouraging their children's healthy choices (n=7). Also, a few parents (n=3) mentioned that beyond their educational role, they sometimes have to provide moral support for their children when they are going through psychosocial difficulties. Finally, it is important for parents (n=6) to recognize their own limits and to seek for professional help when needed.

Table 3. Parental views of their role toward their overweight children

Parents' role (n*)	Example quotes
Role modeling (n=8)	<p>"It is to participate with him in all the activities, to help him." (P3)</p> <p>"You must lead by example, alongside him [...] Be congruent with what you preach also. If you don't adopt the same habits as him, you are not a good role model." (P7)</p>
To reinforce healthy behaviours (n=7)	<p>"I must motivate her to move, to be physically active." (P4)</p> <p>"Personally, I pushed a lot on sports because I believe that you must expend more [energy] that you consume." (P10)</p>
To seek for professional help (n=6)	<p>"There are several people that you can consult... An organisation like GEPEEP!" (P8)</p> <p>"We also have programs like GEPEEP or those things that can help us by giving tips, showing exercises and how to make healthy food for children." (P9)</p>
To instruct healthy behaviours (n=5)	<p>"It's up to me to educate them: What to eat? What's healthy? How do we do?" (P1)</p> <p>"I think the role of the parent is to try to educate about food. Trying to teach them good manners, good habits, have an active lifestyle." (P7)</p>
To acknowledge their children's overweight (n=4)	<p>"To acknowledge the problem, to start with. Because when you start from the idea that your child is not overweight, you are not inclined to go see them [the health professionals]. You must be aware of it yourself." (P7)</p> <p>"There are many parents who turn a blind eye ... It's a lot easier to ignore [a problem] than to act." (P8)</p>
To provide a healthy home environment (n=3)	<p>"If you don't buy any chips, there will be no chips. If you buy only vegetables, they won't have other choice but to eat them as a snack." (P7)</p> <p>"My role is, first of all, to provide him good nutrition..." (P10)</p>
To provide psychological support (n=3)	<p>"[My daughter can] confide in me if at school, she has problems dealing with it [...] And to give her a beautiful image of herself in spite of it all." (P4)</p> <p>It's not always very encouraging to be behind the others all the time. But you know, it's to encourage her in this, to motivate her, to try to make her understand that it will change as she grows up." (P5)</p>

* Number of parents who reported each role.

4.4.3. Parental perceptions about the role of professionals

Table 4 summarizes parental perceptions regarding who (health professional or other) is best placed to perform different duties related to childhood overweight. The tasks included screening and tracking overweight and obesity, calculating BMI and explaining the results to parents, advising overweight children and their parents about physical activity and nutrition, and referring such families to a program like GEPEEP. The parents were also invited to share their views about who can play a role toward the overweight children and how everyone can be involved. Table 5 summarizes their answers.

In summary, all parents mentioned that physicians and paediatricians have a role to play toward overweight children. First of all, they were designated to do the screening and tracking of overweight or obesity, to take measurements, calculate BMI and explain results to parents. Although many parents admitted that other professionals can also perform this task, the physicians and paediatricians are *“the most appropriate”* (P2) to do it. Participants explained that this is part of their duties in monitoring their patients' health, that BMI is an indicator of the health of patients, and, that they have the knowledge to interpret health risks. It appears that the message would be taken more seriously when coming from a physician:

“It shows the seriousness when the physician tells you about it, because I think it is not to be taken lightly, because you know, like I said, he has a general idea, so if he brings it up, it is because it is important for the health of your child [...] I think that coming from the physician, we take it more seriously.” (P4) *“Parents will usually think: oops, now the physician told us...”* (P5)

Most parents (n=9) believed that physicians and paediatricians were perceived as the most competent to refer families to a program like GEPEEP. However, six (6) parents reported that any health professionals could perform this duty provided a bond of trust is established. Parents are also unanimous about the relevance of dieticians and their role is well defined: to advise families about food. According to parents, it is a matter of expertise, skills and knowledge. The physical education teacher came first to advise overweight youth and their families about physical activity. Participants explained that their training makes them competent to know how to get the children moving. Moreover, according to the parents, physical education teachers see the children at school on a regular basis. Other professionals such as nurses, psychologists, teachers, kinesiologists and social workers were also considered by many parents to have a relevant role to play towards overweight children and their parents. Their roles as seen by the participants are summarized in Table 5.

All parents felt that it was preferable that an overweight child was followed up by a team rather than a single professional. They explained that having access to health care professionals with different specializations allows parents to get the tools they need (knowledge, information and advice) to improve their children's lifestyle, in addition to getting better service and solutions tailored for each family. Finally, two (2) parents shared that being around peers in the same situation helped to motivate families. When asked about the composition of a multidisciplinary team to monitor overweight children, some parents (n=3) cited GEPEEP as an example. One participant explained:

"Everyone has a role to play. The paediatrician, he is there to see. After that, it sets up references. After that, it's up to parents to really get what they need [...] in the end, this is exactly what the GEPEEP offers. All services, a whole" (P3).

Parents also expressed that they should be part of the team. Three (3) parents also mentioned that they have the credibility to encourage other parents with overweight children to participate in a program like GEPEEP.

Table 4. Parental perceptions about which professional is best placed to perform different duties related to childhood overweight.

Duties	Professionals designated (n*)	Example quotes (on first positions)
To screen and track overweight and obesity, calculate BMI, explain results to parents	<ul style="list-style-type: none"> • Physicians / paediatricians (10) • Nurses (5) • Dieticians (3) • Physical education teachers (3) • Kinesiologists (3) 	<p><i>“Well I think it's one of the things they do regularly [...] It is sure that others can do it too, but according to me, the physician is the best placed to do it [screening].” (P2)</i></p> <p><i>“I think that coming from the physician, we take it more seriously [...] It seems that the physician really has a general idea of it.” (P4)</i></p> <p><i>“The physician, I think that he has a big importance in the diagnosis [...] because he can screen, he can inform, he can prevent many things...” (P7)</i></p>
To advise overweight children and their parents about physical activity	<ul style="list-style-type: none"> • Physical education teachers (6) • Physicians / paediatricians (4) • Nurses (3) • Dieticians (2) • Kinesiologists (2) 	<p><i>“Well because he or she is the person who has the tools to make the child move [...] The physical educator will also have in his experience and skills a nutrition component except that his expertise, according to me, is really physical activity.” (P4)</i></p>
To advise overweight children and their parents about nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Dieticians (10) • Physicians / paediatricians (5) • Nurses (3) 	<p><i>“The physician can explain to you what to eat, the nurse [...] But when you have more specific needs, the dietician is the best person in my opinion.” (P10)</i></p>
To refer families to a program like GEPEEP	<ul style="list-style-type: none"> • Physicians / paediatricians (10) • Nurses (4) • Teachers (3) • Dieticians (2) • Physical education teachers (2) • Any professional (6) 	<p><i>“It is the paediatrician who follows the child for perhaps a few years, so he sees the evolution or regression of the child, and there is a link with the parent [...] So the paediatrician, he already has a familiar face and credibility.” (P6)</i></p> <p><i>“Any health care professional. All can do it [...] It suffices that the parent is open and that it is someone you trust.” (P2)</i></p>

* Number of parents who reported each professional.

Table 5. Parental perceptions about professionals' role

Professionals (n*)	Roles
Physicians and paediatricians (n=10)	Calculate BMI. Screen and track overweight and other health problems in children. Make their periodic medical monitoring. Educate and advise families about diet and physical activity. Refer families to other resources (specialists or programs like GEPEEP).
Dieticians (n=10)	Advise families about diet and healthy eating.
Physical education teachers (n=7)	Advise children about physical activity and nutrition. Motivate children to be more active, act as an active role model. Inform parents about their children's successes and difficulties.
Nurses (n=7)	Support the efforts of doctors in regard to medical care, screen overweight and other health problems. Advise families about healthy lifestyles. Refer families to other resources (specialists or programs like GEPEEP).
Psychologists (n=6)	Provide emotional support to overweight young people in regard to emotional eating, bullying and self-esteem.
Teachers (n=6)	Teach healthy habits to children when the conditions are favourable. Inform parents about the difficulties children experienced in school. Refer families to appropriate resources (specialists or programs).
Kinesiologists (n=5)	Advise overweight youth and their parents about physical activity. Suggest appropriate exercises for the child.
Social workers (n=4)	Provide psychological support to overweight children and their parents. Role similar to psychologists.

* Number of parents who reported each professional. Only professionals named more than once are displayed.

4.5. Discussion

The purpose of this study was to: 1) Understand parents' experience and appreciation of their participation in the GEPEEP program; 2) Assess parents' knowledge of childhood overweight, its causes and consequences; 3) Obtain parents' views of their role and responsibilities toward their overweight children; 4) Obtain parental perceptions about which professionals can intervene and how they can get involved in a multidisciplinary context to tackle childhood overweight. Thus, this section highlights the participants' views while comparing them to the scientific literature on the same topic. Then, practical recommendations are offered to professionals dealing with overweight children and their parents. The study's strengths and limitations are listed at the end of this section.

4.5.1. Participants' background

The fact that nine out of ten parents who agreed to participate in this study were mothers suggests that mothers feel more concerned than fathers by their children's weight and health-related habits. When research related to children's health requires parental participation, there is usually a higher response from the mothers. In a systematic review on a related topic, maternal participation rated from 84 to 92%.³⁰ Moreover, some studies on childhood obesity have sought the participation of mothers only.^{27,30} In this study, parents have agreed to discuss the factors that led to their participation in the GEPEEP program. The majority indicated that the main reason was

to better manage their children's weight and also indicated that they were referred to the program by health professionals. It seems that communication about overweight children was carried out at a higher rate among participating families than in the general population, since eight (8) parents admitted that a doctor or paediatrician had already told them that their child was overweight. In general, less than a quarter of parents of overweight children receive this information from their doctor.³¹ This suggests that better communication by practitioners could increase the number of families participating in programs like GEPEEP.

4.5.2. Parents' knowledge of childhood overweight

Parents also expressed their views on the issue of childhood overweight and obesity. Although from a scientific point of view, overweight and obesity are defined according to individuals' BMI, parents have defined these same notions in terms of body image difference compared to "normality" (see table 2). All participants were aware of the causes and consequences associated with excess weight. They blamed the unhealthy lifestyle (poor diet and lack of physical activity) as the main cause of their children's overweight. Indeed, literature proved that BMI is associated with diet⁴⁻⁶ and physical activity.³ Furthermore, several parents mentioned that genetic factors had caused their children's overweight. This aspect is supported by related literature.^{7, 8} According to parents, psychological problems experienced by children may also affect their eating habits, which is supported by the work of Puder and Munsch⁹ who show a bidirectional relationship between psychological problems and overweight youth (e.g., affecting

eating behaviour). Regarding the impact of overweight on youth, parents apprehend risks on their physical and mental health. Research on the subject justifies these concerns.^{11,32} In summary, the participants' beliefs related to childhood overweight were very realistic compared to the evidence shown by the literature on the topic. We can speculate that the intervention has contributed to deepen their knowledge of the subject.

4.5.3. Parental views of their role toward their overweight children

Parents see their role toward their overweight children as crucial. The roles or duties they described were grouped by themes, most of which can be found in the literature on parental roles, styles, influences or practices. Thus, providing a healthy home environment, educating children about a healthy lifestyle and reinforcing or encouraging the adoption and practice of these habits are roles that are well documented. Modeling a healthy lifestyle is the role that was mentioned by most parents, which suggests that parents leading by example may have a better influence on young people's health-related behaviour compared to parents who do not practice what they teach. This phenomenon was also demonstrated by previous research.¹⁹

Some parenting responsibilities emerged which, until now, had hardly been treated empirically. For example, participants emphasized the importance of being able to recognize and admit their child's overweight. Since, according to previous studies, parents tend to underestimate the weight of their children³³, this would be the starting

point for anyone wanting to change the lifestyle and better manage the physical profile of their children. In another line of thought, some participants reported that they sometimes had to provide moral support to their children. Indeed, overweight children sometimes have psychological difficulties that may require moral support.³² Finally, many parents stressed the importance of being able to benefit from professional help if necessary, by consulting specialists or by enrolling in an intervention program like GEPEEP.

4.5.4. Parental perceptions about the role of professionals

This study provided information on parental perceptions of professionals who can play a role toward overweight children and their parents. It also provided their expectations about the responsibilities of stakeholders. There is no doubt that physicians have an important role in addressing the problem of overweight youth.²¹⁻²⁴ They are the ones who have the most credibility in the eyes of parents. Their opinions and advice are taken seriously. Thus, they are designated to screen overweight and health problems, calculate BMI and explain the results to parents. Although this task is recommended,²¹ few practitioners carry it out consistently.²⁴ The results show that parents expect physicians to take care of it. Physicians and paediatricians are also at the top of the list for referring families to other resources (specialists or a program like GEPEEP). However, all professionals can refer families to a program like GEPEEP provided a bond of trust is established. Although doctors and paediatricians are able to provide

advice about diet and physical activity, parents prefer to rely on experts to help in this regard.

Dieticians were identified as experts to be consulted for advice on healthy eating while physical education teachers are those who can advise young people about physical activity. Although the interview guide was built so as to obtain health care professionals as the given response, several parents said that the school and school personnel can play an important role towards overweight youth. Physical education teachers as well as health care professionals who work in schools have the potential to help these young people manage some difficulties experienced in relation to their weight problem. The school nurse and physical education teachers are the school personnel most likely to be involved in efforts to curtail the childhood overweight and obesity epidemic at the school level.²⁶ Regarding nurses, participants indicated that they may support the efforts of doctors, performing some tasks that physicians do not always have time to do. This is in accordance with a recent study.³⁴ Psychologists can provide moral support to overweight children dealing with social or self-esteem problems. Social workers as well as parents can also provide psychological support. The relevance of psychologists' involvement toward overweight children is already documented,^{24, 25} which is not the case for the influence of social workers.

Several stakeholders identified by the parents were part of the GEPEEP staff. We believe that having participated in the GEPEEP program and having consulted many professionals conferred on the participants a wealth of experience that allowed them to

provide relevant answers to the research questions. Participants were also asked to explain their reasoning for the professionals and roles they mentioned. The explanations were related to the experience, skills and expertise that each professional can contribute.

All parents said it was preferable for overweight children to be monitored by a team of health professionals rather than by a single professional. This supports the wish of doctors to rely on the help of other professionals to address the problem of childhood overweight.²⁴ Parents also feel that they should be part of the team. Lastly, when they had the opportunity to add further comments, several parents said they enjoyed their participation in the GEPEEP program and expressed the hope that more families would participate in the future.

4.5.5. Limitations of the study

Like any case study, participants' opinions are not necessarily generalizable to other parents. For example, their participation in the GEPEEP program probably contributed to deepen their understanding of childhood overweight and their knowledge of health professionals. Also, this study better represents mothers' perspectives, as only one father volunteered to participate. Concerning the analysis of outcomes, it is possible that the researchers' views and preconceptions have guided the categorization and the coding. To minimize this bias, this process was performed by two coders in parallel prior to the comparison.

4.6. Conclusion

This study yielded parental perceptions about the childhood overweight issue. Their perspectives on the causes and consequences proved knowledgeable when compared with literature. Also, their perception of their own role toward their overweight children showed that they feel important as agents of change for their children's health and lifestyle. Several mentioned responsibilities which have been previously identified in related literature: to provide a healthy environment and healthy food for their children, to teach them to have a healthy lifestyle, to reinforce their adoption and maintenance and to model a healthy lifestyle. Other parenting responsibilities have emerged such as awareness of the weight problem, offering psychological support as well as seeking professional help if needed.

4.6.1. Implications for practice

Based on the results obtained, it is possible to retain useful information for professionals who have overweight or obese children among their patients, clients or students. Awareness of parental perceptions and expectations allows professionals to adjust their approach toward concerned families, if necessary. The fact that parents prefer a multidisciplinary approach should encourage practitioners to surround themselves with other professionals to monitor overweight children rather than trying to do it alone. Clinicians would benefit from working collaboratively rather than separately. Agencies wishing to develop an intervention program for overweight youth

would benefit from including professionals from several disciplines, which would be appreciated by parents. Stakeholders and agencies must take into account the reality that it is mostly mothers who feel concerned by their children's overweight and who are compelled to take the necessary steps to improve their children's health.

Regarding professionals who can play a role in helping overweight youth and their families, parents first identified physicians and paediatricians as conductors who can screen overweight, obesity and other health problems, take the necessary measurements to calculate BMI and communicate results to parents, as long as this is done in a respectful manner, since it is a delicate subject. They can also give general advice on healthy living, but parents actually expect that physicians and paediatricians will refer families to specialists or to programs like GEPEEP when the needs are more specific. Many other health and education professionals can intervene with overweight children, each according to their respective expertise and scope of practice. Although many clinicians are reluctant to communicate with parents about their children's weight status, parents have shown that professionals can bring up the topic as long as a bond of trust is established. Nutritionists, nurses, psychologists, kinesiologists and social workers are the other professionals mentioned. Parents also recognized the contribution of teachers to educate young people about healthy lifestyles. The participants enjoyed the experience of a multidisciplinary approach toward their overweight children.

4.6.2. Implications for future research

In future research, it could be interesting to interview health care providers other than physicians, about their role towards overweight children in a multidisciplinary environment, in order to compare their views with parents' expectations. It could also be relevant to ask professionals working within a health care team about interdisciplinarity, and its effective implementation, facilitators and barriers to effective collaboration.

4.6.3. Conflict of interest

None declared.

4.7. References

1. Roberts KC, Shields M, de Groh M, Aziz A, Gilbert J-A. Overweight and obesity in children and adolescents: results from the 2009 to 2011 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian Centre For Health Information = Rapports sur la santé / Statistique Canada, Centre Canadien d'information sur la santé*. 2012;23(3):37-41.
2. Niehoff V. Childhood obesity: A call to action. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. 2009;4(1):17-23.
3. Tremblay MS, Willms JD. Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 2003;27(9):1100-1105.
4. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K, Tatone-Tokuda F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2007;4:9-9.
5. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*. 2001;357(9255):505-508.
6. Miller P, Moore RH, Kral TVE. Children's daily fruit and vegetable intake: associations with maternal intake and child weight status. *Journal of Nutrition Education & Behavior*. 2011;43(5):396-400.
7. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*. 1997;337(13):869-873.
8. Silventoinen K, Rokholm B, Kaprio J, Sørensen TIA. The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *International Journal of Obesity*. 2010;34(1):29-40.
9. Puder JJ, Munsch S. Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity (2005)*. 2010;34 Suppl 2:S37-S43.
10. Trudeau F. Childhood Obesity and the Risk of Adult Obesity. In: Bouchard C, Katzmarzyk PT, eds. *Physical activity and obesity*. 2nd ed. Champaign, IL: Human Kinetics; 2010:114-116.
11. Halfon N, Larson K, Slusser W. Associations between obesity and comorbid mental health, developmental, and physical health conditions in a nationally representative sample of US children aged 10 to 17. *Academic Pediatrics*. 2013;13(1):6-13.

12. Luttikhuis OH, Baur L, Jansen H, et al. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*. 2009(1):CD001872.
13. Morris V. Community-based programming to treat childhood obesity. *Current Diabetes Reports*. 2006;6(5):395-400.
14. Sacher PM, Kolotourou M, Chadwick PM, et al. Randomized Controlled Trial of the MEND Program: A family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity (19307381)*. 2010;18:S62-S68.
15. Rice J, Thombs D, Leach R, Rehm R. Successes and barriers for a youth weight-management program. *Clinical Pediatrics*. 2008;47(2):143-147.
16. Gerards SMPL, Dagnelie PC, Jansen MWJ, De Vries NK, Kremers SPJ. Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Family Practice*. 2012;13:37-37.
17. Epstein LH. Family-based behavioural intervention for obese children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 1996;20 Suppl 1:S14-S21.
18. Golan M. Parents as agents of change in childhood obesity--From research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2006;1(2):66-76.
19. Czaplicki G, Laurencelle L, Deslandes R, Rivard MC, Trudeau F. Pratiques parentales, activité physique et consommation de fruits et légumes chez des jeunes de neuf à 17ans. / Parental practices and youth physical activity and fruit and vegetables consumption. *Science & Sports*. 2013;28(1):36-45.
20. Boutelle KN, Feldman S, Neumark-Sztainer D. Parenting an overweight or obese teen: issues and advice from parents. *Journal of Nutrition Education & Behavior*. 2012;44(6):500-506.
21. Shephard RJ. Role of the physician in childhood obesity. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2004;14(3):161-168.
22. Plourde G. Preventing and managing pediatric obesity. Recommendations for family physicians. *Canadian Family Physician /Médecin De Famille Canadien*. 2006;52:322-328.
23. Gage H, Erdal E, Saigal P, Qiao Y, Williams P, Raats MM. Recognition and management of overweight and obese children: A questionnaire survey of general practitioners and parents in England. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2012;48(2):146-152.
24. He M, Piché L, Clarson CL, Callaghan C, Harris SB. Childhood overweight and obesity management: A national perspective of primary health care providers'

- views, practices, perceived barriers and needs. *Paediatrics & Child Health*. 2010;15(7):419-426.
25. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2007;176(8 Suppl):S1-s13.
 26. Bryan C, Broussard L, Bellar D. Effective partnership: how school nurses and physical education teachers can combat childhood obesity. *NASN School Nurse (Print)*. 2013;28(1):20-23.
 27. Jackson D, McDonald G, Mannix J, Faga P, Firtko A. Mothers' perceptions of overweight and obesity in their children. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. 2005;23(2):8-13.
 28. Pitney WA, Parker J. *Qualitative Research in Physical Activity an the Health Professions*. Champaign, IL: Human Kinetics; 2009.
 29. L'Écuyer R. *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi. Developmental analysis methodology of content. GPS method and self-concept*. Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec; 1990.
 30. Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*. 2001;10(4):347-357.
 31. Perrin EM, Skinner AC, Steiner MJ. Parental recall of Doctor communication of weight status: National trends from 1999 through 2008. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. December 5, 2011 | 2011:archpediatrics.2011.1135.
 32. Wang F, Veugelers PJ. Self-esteem and cognitive development in the era of the childhood obesity epidemic. *Obesity Reviews*. 2008;9(6):615-623.
 33. Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardle J. Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *International Journal of Obesity*. 2005;29(4):353-355.
 34. Hinebaugh A, Calamaro C. The clinical nurse leader: Playing an integral role in the prevention and treatment of pediatric overweight and obesity. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. 2011;6(3):145-150.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Les objectifs de l'étude étaient de: 1) comprendre l'expérience des participants à un programme de soutien pour les parents d'enfants en surpoids (motifs de leur participations, appréciation de l'approche multidisciplinaire); 2) sonder les connaissances des parents au sujet de la problématique que représente le surpoids chez les enfants, ses causes et ses conséquences; 3) recueillir les perceptions parentales quant à la compréhension de leur propre rôle auprès de leurs enfants en surpoids; 4) identifier les attentes parentales concernant le rôle des divers professionnels de la santé et du milieu scolaire susceptibles d'intervenir auprès des jeunes en surpoids dans le cadre d'un programme communautaire. Ainsi, cette section met en lumière les perceptions des participants tout en comparant les résultats obtenus à la littérature scientifique traitant de la même problématique. Les limites de l'étude sont mentionnées à la fin de la section.

5.1. Les participants

Neuf des dix parents ayant accepté de participer à cette étude étaient des mères. Il est fréquent d'observer un plus haut taux de participation provenant des mères que des pères lors des études concernant la santé de leurs enfants. À cet égard, la surreprésentation des mères (84 à 92 % qui complètent les questionnaires) a été démontrée dans un article synthèse ayant répertorié 14 articles sur l'évaluation de la

santé des enfants par les parents (Eiser et Morse, 2001). Lors de l'étude de Czaplicki et al. (2013), les pères représentaient environ 17% des 604 parents participants. D'ailleurs, certaines études sur l'obésité juvénile ont sollicité la participation des mères seulement, comme celles de Jackson et collaborateurs (2005a, 2005b).

Lors de cette étude, les parents ont accepté de parler des motifs ayant conduit à leur participation au programme GEPEEP. La majorité d'entre eux ont indiqué que la principale raison était de mieux gérer le poids de leurs enfants et ont été référés au programme par des professionnels de la santé. Il semble que la communication au sujet du surpoids des enfants se soit effectuée à un meilleur taux chez les familles participantes que dans la population car huit (8) parents ont admis qu'un médecin ou pédiatre leur avait déjà dit que leur enfant avait un excès de poids. Selon Perrin et collaborateurs (2011), c'est généralement moins du quart des parents d'enfants en surpoids qui reçoivent cette information de leur médecin. Ceci suggère qu'une meilleure communication de la part des praticiens pourrait accroître le nombre de familles participant à des programmes comme le GEPEEP.

5.2. Connaissances parentales relatives au surpoids chez les jeunes.

Les parents ont aussi exprimé leurs opinions concernant la problématique du surpoids et de l'obésité chez les jeunes. Bien que d'un point de vue scientifique, l'excès pondéral est défini par l'IMC des individus, les parents l'ont défini davantage par l'apparence, en terme de différence par rapport à une «morphologie normale» (voir le

Tableau 2). Les participants étaient tous sensibilisés aux causes et conséquences en lien avec l'excès de poids. Ils ont pointé les mauvaises habitudes de vie de leurs enfants (comportements reliés à l'alimentation et à l'activité physique) comme étant la principale cause du surpoids de leurs enfants. Selon la littérature, les comportements santé reliés à l'alimentation (Dubois et al., 2007; Ludwig et al., 2001; Miller et al., 2011) et à la pratique de l'activité physique (Tremblay et Willms, 2003) sont effectivement associés à l'IMC des jeunes.

Par ailleurs, plusieurs parents ont mentionné l'hérédité comme cause du surpoids de leurs enfants. Cette hypothèse est appuyée par la littérature scientifique (Silventoinen et al., 2010; Whitaker et al., 1997). D'après les parents, les problèmes d'ordre psychologique vécus par les enfants peuvent aussi affecter leurs comportements alimentaires, ce qui est appuyé par les travaux de Puder et Munsch (2010) ayant démontré la relation bidirectionnelle entre les problèmes d'ordre psychologique et l'excès de poids chez les jeunes (par exemple, en affectant ses comportements alimentaires). Pour ce qui est des conséquences relatives à l'excès pondéral sur les jeunes, les parents appréhendent les risques au niveau de la santé physique et mentale. Les recherches sur le sujet justifient ces appréhensions (Halfon et al., 2013; Wang et Veugelers, 2008). Sommairement, les croyances des participants en lien avec la problématique du surpoids des enfants se sont avérées réalistes comparativement aux évidences démontrées par la littérature. Il est plausible que les ateliers du GEPEEP aient contribué à approfondir leurs connaissances sur le sujet.

5.3. Perceptions parentales de leur rôle envers leurs enfants en surpoids

Les parents voient leur rôle envers leurs enfants obèses ou en surpoids comme étant primordial. Les responsabilités qu'ils ont décrites ont été regroupées par thèmes, dont la plupart peuvent être retrouvés dans la littérature traitant de rôles, de styles, d'influence ou de pratiques parentales. Ainsi, pourvoir un environnement santé à la maison, instruire les enfants aux saines habitudes de vie ainsi que renforcer ou encourager la pratique de ces habitudes sont des responsabilités parentales qui sont bien répertoriées (Boutelle et al., 2012; Czaplicki et al., 2013; Epstein, 1996). Le modelage des saines habitudes de vie est le rôle qui fut mentionné par le plus de parents, ce qui vient consolider le fait que montrer l'exemple peut avoir une meilleure influence sur les comportements santé des jeunes comparativement aux parents qui ne pratiquent pas ce qu'ils enseignent. Ce phénomène fut d'ailleurs démontré par des études précédentes (Czaplicki et al., 2013; Moore et al., 1991).

Certaines responsabilités parentales qui, jusqu'à maintenant, avaient été très peu traitées de façon empirique, ont émergé. Par exemple, les participants ont souligné l'importance d'être apte à prendre conscience et d'admettre le surpoids de leurs enfants. Puisque selon les études antérieures, les parents ont tendance à sous-estimer le poids de leurs enfants (Carnell et al., 2005; He et Evans, 2007), cette étape constituerait le point de départ pour tout parent désirant changer les habitudes de vie et mieux gérer le profil corporel de leurs enfants. Dans un autre ordre d'idée, quelques participants ont mentionné qu'ils devaient parfois fournir un support moral à leurs enfants. En effet, les

enfants en surpoids éprouvent parfois des difficultés sur le plan psychologique pouvant nécessiter un support moral (Wang et Veugelers, 2008). Enfin, plusieurs parents ont rappelé l'importance de pouvoir bénéficier d'aide professionnelle au besoin, en allant consulter des spécialistes ou en s'inscrivant à un programme d'intervention comme le GEPEEP.

5.4. Perceptions parentales à l'égard des rôles des intervenants

Il ne fait aucun doute que les médecins jouent un rôle important face à la problématique du surpoids des jeunes (Gage et al., 2012; He et al., 2010; Plourde, 2006; Shephard, 2004). Les parents interrogés sont aussi de cet avis. Au départ, ils sont ceux qui ont le plus de crédibilité aux yeux des parents. Leurs opinions et leurs conseils sont pris au sérieux. Ainsi, ils sont désignés pour dépister le surpoids et les problèmes de santé, calculer l'IMC et expliquer les résultats aux parents. Bien que cette tâche soit recommandée (Shephard, 2004), peu de praticiens l'effectuent de façon systématique (He et al., 2010). Cependant, les résultats obtenus démontrent que les parents s'attendent à ce que les médecins s'en occupent. Les médecins et pédiatres sont aussi en tête de liste pour référer les familles vers d'autres spécialistes ou vers un programme comme le GEPEEP. Par contre, tous les professionnels peuvent référer les familles vers un programme comme le GEPEEP à condition qu'un lien de confiance soit établi. La littérature démontre l'importance de la confiance dans la relation entre les familles et leurs professionnels de la santé. Lynn-McHale et Deatrick (2000, p.210) décrivent cette

confiance comme étant «un processus qui comporte plusieurs étapes, évolue avec le temps et est basé sur des intentions, réciprocité et attentes mutuelles». Par ailleurs, bien que les médecins et pédiatres soient capables de prodiguer des conseils au sujet de l'alimentation et de l'activité physique, les parents préfèrent s'en remettre aux spécialistes pour obtenir de l'aide à ce sujet.

Les nutritionnistes sont identifiés comme étant les experts à consulter pour obtenir des conseils sur l'alimentation tandis que les professeurs d'éducation physique sont ceux qui peuvent conseiller les jeunes au sujet de l'activité physique. Bien que le guide d'entretien fût bâti de manière à obtenir des professionnels de la santé comme éléments de réponse, plusieurs parents ont mentionné que l'école et le personnel scolaire peuvent jouer un rôle important envers les jeunes en surcharge pondérale. Les enseignants réguliers ainsi que les professionnels de la santé qui œuvrent dans les écoles ont le potentiel d'aider ces jeunes à gérer certaines difficultés vécues en lien avec leur excès de poids. La littérature abonde en ce sens (Richie et al., 2006).

Les infirmières en milieu scolaire et les enseignants d'éducation physique sont les membres du personnel scolaire les plus susceptibles d'être impliqués dans les efforts pour freiner l'épidémie du surpoids et de l'obésité, d'après Bryan et al. (2013). Au sujet des infirmières, les participants ont mentionné qu'elles peuvent appuyer les efforts des médecins en effectuant des tâches que ces derniers n'ont pas toujours le temps de faire, ce qui est en accord avec l'étude de Hinebaugh et Calamaro (2011).

Les psychologues peuvent offrir un support psychologique aux jeunes en surpoids qui éprouvent des problèmes d'ordre social ou d'estime de soi. Les travailleurs sociaux peuvent aussi fournir un support moral, selon l'avis des parents. La pertinence de l'implication des psychologues est déjà documenté (Lau et al., 2007), quoique ce ne soit pas le cas du rôle des travailleurs sociaux.

Plusieurs des intervenants nommés par les parents faisaient partie de l'équipe du GEPEEP. Nous croyons que le fait d'avoir participé au programme GEPEEP et d'avoir consulté plusieurs professionnels de la santé a conféré aux participants un bagage d'expérience qui leur a permis de fournir des réponses pertinentes aux questions de recherche comparativement à des parents qui auraient fait peu de démarches à cet égard. Les participants devaient aussi expliquer leur raisonnement entourant les professionnels nommés et les rôles de chacun. Les explications fournies étaient en lien avec l'expérience, les compétences et l'expertise que chaque professionnel peut mettre à contribution.

À cet égard, il est intéressant de constater que tous les parents ont répondu qu'il était préférable que le suivi d'un jeune en surpoids s'effectue en équipe plutôt que par un seul professionnel. Ceci vient appuyer le désir des médecins de pouvoir compter sur l'aide d'autres professionnels de la santé pour lutter contre la problématique du surpoids des enfants (He et al., 2010). Les parents considèrent aussi qu'ils doivent faire partie de l'équipe. Enfin, lorsqu'ils ont eu l'opportunité d'ajouter d'autres commentaires,

plusieurs parents ont déclaré avoir apprécié leur participation au programme GEPEEP et ont exprimé le souhait que plus de familles participent au programme à l'avenir.

5.5. Limites de l'étude

Comme il s'agit d'une étude de cas, les opinions des parents interrogés ne représentent pas nécessairement celles l'ensemble de la population. Par exemple, leur participation au programme GEPEEP a probablement contribué à approfondir leurs connaissances sur la problématique du surpoids des jeunes ainsi que des professionnels de la santé. Le fait qu'un seul père ait participé à cette étude fait en sorte que les pères sont sous-représentés. Cependant, bien que nous ayons décidé de conserver ce participant masculin, les informations recueillies sont davantage des perceptions maternelles. Pour ce qui est de l'analyse des résultats, il est possible que les opinions et les idées préconçues des chercheurs impliqués aient orienté la catégorisation et le codage. Afin de réduire cet effet de biais, ce processus fut effectué par deux codeurs en parallèle avant de faire une comparaison.

CHAPITRE VI

CONCLUSION ET IMPLICATIONS

Cette étude a permis de comprendre l'expérience vécue par des participants à un programme de soutien pour les parents d'enfants en surpoids. Pour la majorité des parents, le motif de leur participation était d'obtenir de l'aide pour gérer le poids de leur(s) enfant(s). Tous les parents ont déclaré avoir apprécié leur expérience et préférer une approche multidisciplinaire pour la prise en charge de leur(s) enfant(s). Nous avons obtenu les perceptions parentales au sujet de la problématique du surpoids des jeunes. Leurs regards sur les causes et les conséquences se sont avérés bien informés lorsque comparés aux résultats probants. Aussi, la perception de leur propre rôle vis-à-vis leurs enfants en surpoids a démontré qu'ils se sentent importants comme agents de changement des saines habitudes de vie de leurs enfants. Plusieurs responsabilités mentionnées étaient répertoriées dans la littérature, comme fournir un environnement et de la nourriture santé à leurs enfants, les instruire sur les saines habitudes de vie, renforcer l'adoption et le maintien de celles-ci ainsi que montrer l'exemple par leurs propres saines habitudes de vie. D'autres responsabilités parentales ont émergé, soit prendre conscience du problème de poids, offrir un support psychologique ainsi qu'aller chercher de l'aide professionnelle au besoin. Enfin, nous avons été en mesure d'identifier les attentes parentales concernant le rôle des divers professionnels de la

santé et du milieu scolaire susceptibles d'intervenir auprès des jeunes en surpoids dans le cadre d'un programme communautaire.

6.1. Implications pratiques

Suite aux résultats obtenus, il est possible de retenir des informations utiles aux professionnels ayant des jeunes en surpoids parmi leurs patients, clients ou élèves. Pour les professionnels, le fait de connaître les perceptions et les attentes parentales leur permet de réajuster s'il y a lieu, leur approche envers les familles concernées. Le fait que tous les parents interrogés préfèrent une approche multidisciplinaire devrait inciter les praticiens à s'entourer d'autres professionnels afin de prendre les jeunes en charge et faire leur suivi plutôt que de tenter de tout faire seul. Les cliniciens auraient avantage à travailler en complémentarité plutôt qu'en silo. Les organismes qui désirent mettre sur pied un programme d'intervention envers les jeunes en surpoids auraient avantage à inclure des professionnels de la santé provenant de plusieurs disciplines, ce qui serait apprécié des parents. Les intervenants et organismes doivent tenir compte de la réalité voulant que ce soit surtout les mères qui se sentent concernées par l'excès pondéral de leurs enfants et à faire les démarches nécessaires pour améliorer leur santé.

Pour ce qui est des professionnels qui peuvent jouer un rôle envers les jeunes en surpoids et leurs familles, les parents ont d'abord désigné les médecins et pédiatres comme les chefs d'orchestre qui peuvent faire le dépistage de l'obésité en prenant les mesures nécessaires au calcul de l'IMC et en peuvent communiquer les résultats aux

parents, en autant que cela se fasse de façon respectueuse étant donné qu'il s'agit d'un sujet délicat. Ils doivent aussi dépister le surpoids ou l'obésité ainsi que les autres problèmes de santé. Ils peuvent aussi donner des conseils généraux sur les saines habitudes de vie, mais les parents s'attendent surtout à ce qu'ils dirigent les familles vers des spécialistes ou vers des programmes comme le GEPEEP lorsque les besoins sont plus spécifiques.

Plusieurs autres professionnels de la santé et de l'éducation peuvent intervenir auprès des jeunes en surpoids, chacun selon leurs expertises respectives. Bien que plusieurs cliniciens hésitent à parler aux parents du surpoids de leurs enfants, les parents ont démontré que les professionnels peuvent communiquer en autant qu'un lien de confiance soit établi. Tel que recommandé par la trousse (*"5As of Obesity management,"* 2012), la première étape serait de demander aux parents leur permission pour parler de l'excès de poids des enfants. Les nutritionnistes, les infirmières, les psychologues, les kinésiologues et les travailleurs sociaux sont les autres professionnels de la santé mentionnés. Les parents ont aussi reconnu l'apport des enseignants pour instruire les jeunes sur les saines habitudes de vie. Les participants ont apprécié l'expérience d'une intervention multidisciplinaire envers leurs enfants en surpoids.

6.2. Implications pour la recherche future

Comme pistes de recherche future, il serait intéressant d'interroger les intervenants en santé autres que les médecins au sujet de leur expérience et de la

compréhension de leur rôle envers les jeunes en surpoids dans un contexte multidisciplinaire. Il serait alors intéressant de comparer les perceptions des intervenants avec les attentes des parents. Il pourrait également être pertinent de questionner des professionnels travaillant dans une équipe de santé au sujet de l'interdisciplinarité, sur les facteurs facilitants et les obstacles à une collaboration efficace. Il pourrait s'agir d'une recherche-action visant à répondre aux problèmes de terrain tels : le réalisme de l'implantation du concept d'équipe sur une plus grande échelle ou encore les coûts d'opérationnalisation d'un tel projet.

Dans un autre ordre d'idées, il serait aussi intéressant d'approfondir les motifs qui sous-tendent l'implication des parents à s'impliquer dans la santé de leurs enfants tout en faisant un parallèle avec ce qui s'est fait dans le domaine de l'éducation.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. (2011). Obésité au Canada: Rapport conjoint. Repéré le 2 août 2013 sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>
- Anis, A. H., Zhang, W., Bansback, N., Guh, D. P., Amarsi, Z. et Birmingham, C. L. (2010). Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study. *Obesity Reviews*, 11(1), 31-40.
- Ball, G. D. C. et McCargar, L. J. (2003). Childhood obesity in Canada: a review of prevalence estimates and risk factors for cardiovascular diseases and Type 2 diabetes. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 28(1), 117-140.
- Boutelle, K. N., Feldman, S. et Neumark-Sztainer, D. (2012). Parenting an overweight or obese teen: issues and advice from parents. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 44(6), 500-506.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press.
- Bryan, C., Broussard, L. et Bellar, D. (2013). Effective partnership: how school nurses and physical education teachers can combat childhood obesity. *NASN School Nurse (Print)*, 28(1), 20-23.
- Canadian Obesity Network / Réseau Canadien en Obésité. *5As of Obesity management* (2012). Repéré le 28 août 2013 sur : <http://www.obesitynetwork.ca/5As>
- Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D. et Wardle, J. (2005). Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *International Journal of Obesity (2005)*, 29(4), 353-355.
- Carson, V., Iannotti, R. J., Pickett, W. et Janssen, I. (2011). Urban and rural differences in sedentary behavior among American and Canadian youth. *Health & Place*, 17(4), 920-928.
- Colley, R. C., Garrigué, D., Janssen, I., Craig, C. L., Clarke, J. et Tremblay, M. S. (2011). Physical activity of Canadian children and youth: accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian centre for health information = Rapports sur la santé / Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé*, 22(1), 15-23.

- Czaplicki, G., Laurencelle, L., Deslandes, R., Rivard, M. C. et Trudeau, F. (2013). Pratiques parentales, activité physique et consommation de fruits et légumes chez des jeunes de neuf à 17ans. / Parental practices and youth physical activity and fruit and vegetables consumption. *Science & Sports*, 28(1), 36-45.
- Deslandes, R. et Bertrand, R. (2005). Motivation of parent involvement in secondary-level schooling. *Journal of Educational Research*, 98(3), 164.
- Deslandes, R., Royer, E., Turcotte, D. et Bertrand, R. (1997). School achievement at the secondary level: Influence of parenting style and parent involvement in schooling. *McGill Journal of Education*, 32(3), 191-207.
- Dubois, L., Farmer, A., Girard, M., Peterson, K. et Tatone-Tokuda, F. (2007). Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4, 9-9.
- Dunton, G. F., Kaplan, J., Wolch, J., Jerrett, M. et Reynolds, K. D. (2009). Physical environmental correlates of childhood obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, 10(4), 393-402.
- Edmunds, L. D. (2005). Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Family Practice*, 22(3), 287-292.
- Eiser, C. et Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10(4), 346-357.
- Elder, J. P., Lytle, L., Sallis, J. F., Young, D. R., Steckler, A., Simons-Morton, D., Stone, E., Jobe, J., Stevens, J., Lohman, T., Webber, L., Pate, R., Saksvig, B. I. et Ribisl, K. (2007). A description of the social-ecological framework used in the trial of activity for adolescent girls (TAAG). *Health Education Research*, 22(2), 155-165.
- Epstein, L. H. (1996). Family-based behavioural intervention for obese children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 20 Suppl 1, S14-S21.
- Flynn, M. A. T., McNeil, D. A., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C. et Tough, S. C. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews*, 7 Suppl 1, 7-66.
- Gage, H., Erdal, E., Saigal, P., Qiao, Y., Williams, P. et Raats, M. M. (2012). Recognition and management of overweight and obese children: A questionnaire

survey of general practitioners and parents in England. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(2), 146-152.

- Garriguet, D. (2007). Canadians' eating habits. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian centre for health information = Rapports sur la santé / Statistique Canada, Centre Canadien d'information sur la santé*, 18(2), 17-32.
- Gerards, S. M. P. L., Dagnelie, P. C., Jansen, M. W. J., De Vries, N. K. et Kremers, S. P. J. (2012). Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Family Practice*, 13, 37-37.
- Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity - From research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(2), 66-76.
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L. et Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9, 88-88.
- Halfon, N., Larson, K. et Slusser, W. (2013). Associations between obesity and comorbid mental health, developmental, and physical health conditions in a nationally representative sample of US children aged 10 to 17. *Academic Pediatrics*, 13(1), 6-13.
- He, M. et Evans, A. (2007). Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Canadian Family Physician / Médecin de famille canadien*, 53(9), 1493-1499.
- He, M., Piché, L., Clarson, C. L., Callaghan, C. et Harris, S. B. (2010). Childhood overweight and obesity management: A national perspective of primary health care providers' views, practices, perceived barriers and needs. *Paediatrics & Child Health*, 15(7), 419-426.
- Hinebaugh, A. et Calamaro, C. (2011). The clinical nurse leader: Playing an integral role in the prevention and treatment of pediatric overweight and obesity. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 6(3), 145-150.
- Hood, M. Y., Moore, L. L., Sundarajan-Ramamurti, A., Singer, M., Cupples, L. A. et Ellison, R. C. (2000). Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity And Related Metabolic Disorders*, 24(10), 1319-1325.
- Hoover-Dempsey, K. V. et Sandler, H. M. (1995). Parental involvement in children's education: Why does it make a difference? *Teachers College Record*, 97(2), 310-331.

- Hoover-Dempsey, K. V. et Sandler, H. M. (1997). Why do parents become involved in their children's education? *Review of Educational Research*, 67(1), 3-42.
- Jackson, D., Mannix, J., Faga, P. et McDonald, G. (2005). Overweight and obese children: Mothers' strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 6-13.
- Jackson, D., McDonald, G., Mannix, J., Faga, P. et Firtko, A. (2005). Mothers' perceptions of overweight and obesity in their children. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 8-13.
- Janssen, I. (2013). The public health burden of obesity in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(2), 90-96.
- Janssen, I. et Leblanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 40-40.
- Lau, D. C. W., Douketis, J. D., Morrison, K. M., Hramiak, I. M., Sharma, A. M. et Ur, E. (2007). 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *Canadian Medical Association Journal*, 176(8 Suppl), S1-S13.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi. Developmental analysis methodology of content. GPS method and self-concept*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Lévesque, L., Richard, L. et Potvin, L. (2000). The ecological approach in tobacco-control practice: health promotion practitioner characteristics related to using the ecological approach. *American Journal of Health Promotion*, 14(4), 244-252.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers* (Edited by Dorwin Cartwright). Oxford : Harpers.
- Lewin, K., Heider, F. et Heider, G. M. (1936). *Principles of topological psychology*. New York : McGraw-Hill.
- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Kim, J. et Gortmaker, S. (2006). The role of parents in preventing childhood obesity. *The Future of Children*, 16(1), 169-186.
- Ludwig, D. S., Peterson, K. E. et Gortmaker, S. L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, 357(9255), 505-508.
- Luttikhuis, O. H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P. et Summerbell, C. D. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*(1), CD001872.

- Lynn-McHale, D. J. et Deatrick, J. A. (2000). Trust between family and health care provider. *Journal of Family Nursing*, 6(3), 210-230.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education* (2^e éd.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Miller, P., Moore, R. H. et Kral, T. V. E. (2011). Children's daily fruit and vegetable intake: associations with maternal intake and child weight status. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 43(5), 396-400.
- Moore, L. L., Lombardi, D. A., White, M. J., Campbell, J. L., Oliveria, S. A. et Ellison, R. C. (1991). Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. *The Journal of Pediatrics*, 118(2), 215-219.
- Morris, V. (2006). Community-based programming to treat childhood obesity. *Current Diabetes Reports*, 6(5), 395-400.
- Niehoff, V. (2009). Childhood obesity : A call to action. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 4(1), 17-23.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (2^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Perrin, E. M., Skinner, A. C. et Steiner, M. J. (2011). Parental recall of doctor communication of weight status: national trends from 1999 through 2008. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine*, archpediatrics.2011.1135.
- Pitney, W. A. et Parker, J. (2009). *Qualitative Research in Physical Activity and the Health Professions*. Champaign, IL : Human Kinetics.
- Plourde, G. (2006). Preventing and managing pediatric obesity. Recommendations for family physicians. *Canadian Family Physician / Médecin de Famille Canadien*, 52, 322-328.
- Puder, J. J. et Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 34 Suppl 2, S37-S43.
- Purcell, M. (2010). Raising healthy children: Moral and political responsibility for childhood obesity. *Journal of Public Health Policy*, 31(4), 433-446.
- Rice, J., Thombs, D., Leach, R. et Rehm, R. (2008). Successes and barriers for a youth weight-management program. *Clinical Pediatrics*, 47(2), 143-147.
- Ritchie, L. D., Crawford, P. B., Hoelscher, D. M. et Sothorn, M. S. (2006). Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and

community-based interventions for pediatric overweight. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(6), 925-945.

- Roberts, K. C., Shields, M., de Groh, M., Aziz, A. et Gilbert, J.-A. (2012). Overweight and obesity in children and adolescents: results from the 2009 to 2011 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian Centre for health information = Rapports sur la santé / Statistique Canada, Centre Canadien d'information sur la santé*, 23(3), 37-41.
- Roy, S. (2009). L'Étude de cas. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte de données* (5^e éd., pp. 199-225). Québec : Les presses de l'Université du Québec.
- Sacher, P. M., Kolotourou, M., Chadwick, P. M., Cole, T. J., Lawson, M. S., Lucas, A. et Singhal, A. (2010). Randomized controlled trial of the MEND Program: A family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity (19307381)*, 18, S62-S68.
- Sallis, J. F., Owen, N. et Fisher, E. B. (2008). Ecological Models of Health Behavior. Dans K. Glanz, B. K. Rimer et K. Viswanath (Éds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. (4e éd., pp. 465-484.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sharpe, E. K., Forrester, S. et Mandigo, J. (2011). Engaging community providers to create more active after-school environments: results from the Ontario CATCH Kids Club implementation project. *Journal of Physical Activity & Health*, 8, S26-S31.
- Shephard, R. J. (2004). Role of the Physician in Childhood Obesity. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14(3), 161-168.
- Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice. (2011). Repéré le 20 mai 2013 sur : <http://www.csep.ca/Francais/view.asp?x=804>
- Silventoinen, K., Rokholm, B., Kaprio, J. et Sørensen, T. I. A. (2010). The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *International Journal of Obesity (2005)*, 34(1), 29-40.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments. Toward a social ecology of health promotion. *The American Psychologist*, 47(1), 6-22.
- Tomkinson, G. R., Léger, L. A., Olds, T. S. et Cazorla, G. (2003). Secular trends in the performance of children and adolescents (1980-2000) : an analysis of 55 studies of the 20m shuttle run test in 11 countries. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 33(4), 285-300.

- Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Janssen, I., Kho, M. E., Hicks, A., Murumets, K., Colley, R. C. et Duggan, M. (2011). Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire à l'intention des enfants et des jeunes. *Applied Physiology, Nutrition & Metabolism*, 36(1), 65-71.
- Tremblay, M. S., Shields, M., Laviolette, M., Craig, C. L., Janssen, I. et Gorber, S. C. (2010). Fitness of Canadian children and youth: results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian centre for health information = Rapports sur la santé / Statistique Canada, Centre Canadien d'information sur la santé*, 21(1), 7-20.
- Tremblay, M. S. et Willms, J. D. (2003). Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27(9), 1100-1105.
- Trudeau, F. (2010). Childhood Obesity and the Risk of Adult Obesity. Dans Bouchard, C. et Katzmarzyk, P.T. (Éds.), *Physical activity and obesity* (2^e éd., pp. 114-116). Champaign, IL : Human Kinetics.
- Walker, O., Strong, M., Atchinson, R., Saunders, J. et Abbott, J. (2007). A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Family Practice*, 8, 50-50.
- Wang, F. et Veugelers, P. J. (2008). Self-esteem and cognitive development in the era of the childhood obesity epidemic. *Obesity Reviews*, 9(6), 615-623.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D. et Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*, 337(13), 869-873.

ANNEXES

A. Guide d'entrevue

Introduction (compréhension de la problématique du surpoids chez les jeunes)

Question 1 : Comme première question, j'aimerais savoir quelle est votre définition de l'excès de poids?

Question 2 : Considérez-vous que votre enfant ou vos enfant(s) ont un excès de poids?

Question 3 : Si oui, pourquoi - quelles seraient les causes du surpoids?

Question 4 : Selon vous, est-ce que l'excès de poids représente un problème chez les jeunes? Expliquez- vous (conséquences).

Perceptions relatives aux rôles des acteurs (intervenants)

Question 5 : Comment percevez-vous votre rôle en tant que parent face au surpoids de votre/vos enfant(s)?

Question 6 : Pouvez-vous me nommer différents professionnels de la santé qui ont un rôle à jouer envers les enfants en surpoids? En voyez-vous d'autres qui pourraient aussi avoir leur place? Expliquez vos choix, SVP : Pourquoi avez-vous nommé ces intervenants-là et quel serait le rôle de chacun?

Pour les questions suivantes, je vais nommer différentes tâches et vous demander qui, parmi les professionnels que vous avez nommés, devrait s'en occuper. Vous pouvez nommer un ou plusieurs intervenants pour une même tâche.

Question 7 : D'après vous, qui devrait s'occuper de faire le dépistage du surpoids? Par exemple, prendre les mesures, calculer le ratio poids/grandeur et informer les parents au sujet de l'excès pondéral de leurs enfants. Pourquoi? (Expliquez-vous, SVP)

Question 8 : Selon vous, qui devrait s'occuper de conseiller les enfants en surpoids et leurs parents au sujet de :

- L'activité physique? Pourquoi?
- L'alimentation? Pourquoi?
- La participation à un programme comme le GEPEEP? Pourquoi?

Question 9 : Selon vous, qui devrait s'occuper de prendre en charge les jeunes en surpoids et de faire le suivi au niveau de l'adoption et du maintien des saines habitudes de vie? Pourquoi?

Question 10 : Pensez-vous que ce travail devrait se faire par un seul professionnel ou par plusieurs, en équipe? Par qui? Expliquez-vous, SVP.

Historique

Question 11 : Qu'est-ce qui vous a amené à participer au GEPEEP? (raisons)

Question 12 : Est-ce que quelqu'un vous a recommandé de participer à ce programme?

Question 13 : Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a déjà informé que votre enfant avait un excès de poids?

Conclusion

Question 14 : Avant de conclure, est-ce que vous aimeriez ajouter quelque chose?

Ceci termine donc l'entrevue. Merci encore pour votre participation!