



HAL
open science

Difficultés de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez les adolescents par les médecins généralistes : raisons évoquées par les adolescents et leurs parents en Occitanie

Ashley Agbanglanon

► To cite this version:

Ashley Agbanglanon. Difficultés de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez les adolescents par les médecins généralistes : raisons évoquées par les adolescents et leurs parents en Occitanie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02964142

HAL Id: dumas-02964142

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02964142v1>

Submitted on 4 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par
Ashley AGBANGLANON

Le 14/10/2019

Difficultés de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez les adolescents par les médecins généralistes : raisons évoquées par les adolescents et leurs parents en Occitanie

Directeur de thèse : Dr Jean-Luc CASTAN, Docteur en Médecine Générale

JURY

Président : M. Antoine AVIGNON, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
en Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition

Assesseurs :

Mme.BAGHDADLI Amaria, Professeur en Pédo-psychiatrie -Addictologie

M.JEZIORSKI Eric, Docteur en Pédiatrie

M.CASTAN Jean-Luc, Docteur en Médecine Générale

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par
Ashley AGBANGLANON

Le 14/10/2019

Difficultés de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez les adolescents par les médecins généralistes : raisons évoquées par les adolescents et leurs parents en Occitanie

Directeur de thèse : Dr Jean-Luc CASTAN, Docteur en Médecine Générale

JURY

Président : M. Antoine AVIGNON, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier en Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition

Assesseurs :

Mme.BAGHDADLI Amaria, Professeur en Pédo-psychiatrie -Addictologie

M.JEZIORSKI Eric, Docteur en Pédiatrie

M.CASTAN Jean-Luc, Docteur en Médecine Générale

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE
BOURGEOIS Jean- Marie	LAMARQUE Jean-Louis	LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SANY Jacques
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	MICHEL François- Bernard	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	VISIÈRE Jean Pierre
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	BOURREL Gérard
BLANC François	BRINGER Jacques
BOULENGER Jean-Philippe	CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle

MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénérologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétiq ue
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétiq ue
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,
addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIÉ - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A mon Président du Jury, Monsieur le Professeur Antoine AVIGNON,

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous nous faites, à Angéline et moi, de présider notre jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération. Je vous remercie également de m'avoir enseigné cette approche de la Nutrition, centrée sur la personne, qui me servira également dans ma pratique de la Médecine Générale.

A mon Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Jean-Luc CASTAN,

Je te remercie encore de m'avoir transmis cette passion pour la Médecine Générale. Merci de m'avoir soutenu depuis le début de ce projet d'étude et pour tout l'intérêt que tu nous as accordé. Tu as su nous motiver dans les moments difficiles et tu as toujours fait preuve d'une confiance sans faille. Merci pour ta disponibilité, mais également pour ta gentillesse.

Aux autres membres du jury, Madame le Professeur Amaria BAGDADHLI et Monsieur le Docteur Éric JEZIORSKI,

Vous nous faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans notre jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Lucie CLOTET,

Je te remercie pour tes précieux conseils et ta bienveillance. Tu nous as donné les clés et le gout pour la recherche qualitative. Sois assurée de toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Claire JEANDEL,

Ce fut une chance de vous rencontrer au cours de cette étude. Je vous remercie de nous avoir fait part de vos avis constructifs. Je vous en suis profondément reconnaissante et je me fais une joie de poursuivre mon projet professionnel à vos côtés.

A tous les Réseaux de Santé dédiés à l'Obésité de la Région Occitanie,

Merci pour votre implication, votre disponibilité et votre aide dans le recrutement des familles.

A toutes ces familles interrogées de la Région Occitanie,

Merci d'avoir accepté de participer à notre étude et de nous avoir livré ces témoignages tout aussi poignants qu'authentiques.

Et bien évidemment, A mon binôme de thèse, Angéline NOUVELLON,

Je ne te remercierai jamais assez d'avoir accepté de réaliser cette étude avec moi. Tu m'as beaucoup apporté, tant sur le plan humain que professionnel. Merci pour ce soutien précieux qui m'a permis de ne pas baisser les bras pendant les moments difficiles. Merci pour ta persévérance, tes mille idées brillantes, parfois un peu folles et singulières, mais qui m'ont permis de m'exprimer davantage. Merci pour cet intérêt commun de la Nutrition. Merci pour tous ces moments de fous rires qui ont rendu ce travail bien plus agréable et inoubliable. Je te souhaite sincèrement le meilleur dans tous tes projets, tu le mérites amplement.

Merci à ma famille,

A mon père et ma sœur, mes deux anges gardiens, partis bien trop tôt. Merci de me guider et de me donner cette force pour accomplir mes rêves sans relâche. L'amour que je vous porte est incommensurable.

A ma chère mère, mon pilier, mon modèle de vie. Merci pour tous les sacrifices que tu as fait pour moi. Je te remercie pour ton soutien inconditionnel et si précieux durant ces années difficiles. Merci de toujours croire en moi et de m'épauler dans toutes les épreuves de la vie. Je t'aime plus que tout maman, merci.

A Christian, je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi. Je t'en serai éternellement reconnaissante. Si j'en suis là, c'est grâce à toi, je t'aime.

A Romain, mon frangin adoré. Merci aussi pour ton soutien et pour toute la confiance que tu m'accordes. On se voit vite !

A ma mamie, mon exemple de « fanm djok » ! Tu nous montres tous les jours ce qu'est le combat d'une vie. Je t'admire toujours. Je t'aime fort !

A tous mes cousins, cousines chéris ! Merci d'être là et pour tous nos fous rires qui ne cesseront pas de ci-tôt, je l'espère !

A mes oncles, mes tantes. Merci pour tout ce soutien et surtout ce bonheur que vous m'apportez dès que l'on est réuni.

A Michel, à qui je dédicace cette thèse personnellement. Je t'entends de là-haut clamer, à qui veut l'entendre, ta fierté d'avoir un jeune médecin dans la famille. Sache que je ne t'oublierai jamais et encore merci pour cette confiance infaillible que tu m'as toujours accordée. Je t'aime.

Merci à mes proches,

A ma Jet One (Nono, Lioune, Meggy, Zazou, Barbie, Tatioune, Mouney, Roro, Becky). C'est une fierté de vous avoir dans ma vie après plus de 20 ans ! Merci pour tout votre soutien tout le long de mes études. Vous revoir à chaque fois, me redonne du baume au cœur et me remplit d'amour. Vous êtes l'exemple concret qu'une amitié peut perdurer même au-delà des frontières. Je vous aime tellement mes sœurs, vous êtes inégalables ! Encore merci pour tout !

Aux « Girls Band » (Marysou, Leslouille, Gaga, Laulau, Marinette, Gaëlle, Mymy). Mille merci pour votre soutien les filles, vous êtes géniales. Vous êtes rentrées dans ma vie à un moment crucial et difficile et vous avez su me redonner le sourire et la joie de vivre ! L'internat dans le sud avec vous, je ne pouvais pas trouver mieux ! Merci ! Je vous adore ! Et surtout à mille merci à Marysou, la meilleure des coloc's, qui m'a aidé dans l'écriture de cette thèse, qui m'a remonté le moral et qui a toujours su trouver les mots pour me redonner confiance.

A Thibault, mon chéri. Quelle chance j'ai de t'avoir ! Je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien, ta patience avec moi pendant cette période et surtout pour tes avis pointilleux et très utiles. Merci de m'épauler tous les jours. Tu es un amour et je t'en suis tellement reconnaissante !

A Hannoush, Neness, Mélod', Soso, Fafa et Elo'(soana). Vous êtes des amies en or. Merci également pour tout votre soutien pendant ces années et pas que dans le domaine de la Médecine ! Merci pour votre écoute et votre gentillesse à chacune. Vraiment, je vous adore les filles et sachez que vous pourrez toujours compter sur moi !

A Silvère, je n'ai qu'un mot : « FKFFFFSPP !!! ». On se comprend !

A la Ptown Family (William, Pat', Féfé, Hadrien, Jéjé, Gaga, Sandi, Ali, Quentin). Parce que wilou m'a bien rappelé qu'il ne fallait pas oublier d'où on venait ! Et bien il avait raison ! Merci pour ces moments extraordinaires qui ont fait de notre externat une période magique et inoubliable ! Promis les gars, la prochaine fois je ne manquerai pas à l'appel ! Gros bisous en attendant.

Merci à tous les internes rencontrés pendant mon cursus,

Vous m'avez bien marqué, et surtout ceux de Cayenne ! (Syad, Alex', Cécile, Pablito, Jacques, Jules, Valentine, Nico, Dorine, Cyril, Manon, Justine, Laurine, Maryam, Olivier, Chloé). Merci à vous pour ces bons moments !

Enfin merci aux enseignants de Médecine Générale et à mes différents chefs rencontrés pendant ces six derniers semestres.

Je vous remercie de m'avoir transmis une partie de votre expérience et de votre savoir. Tout cela servira pour ma pratique future.

TABLE DES MATIÈRES

I- INTRODUCTION	18
1- Définition de l'adolescence	18
2- Définition du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent	19
3- Prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent	20
3.1. <i>Dans le monde</i>	20
3.2. <i>En France</i>	21
3.3. <i>En Région Occitanie</i>	23
4- Étiologie du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent / Facteurs de risque	25
4.1. Facteurs prédictifs	26
4.2. Facteurs de risque environnementaux	28
5- Complications du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent	29
5.1. <i>Complications et comorbidités orthopédiques</i>	29
5.2. <i>Complications cutanées</i>	30
5.3. <i>Complications cardio-respiratoires</i>	30
5.4. <i>Complications neurologiques</i>	30
5.5. <i>Complications endocriniennes</i>	30
5.6. <i>Complications métaboliques</i>	31
5.7. <i>Comorbidités et complications psychopathologiques</i>	31
6- Dimensions sociales du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent	32
7- Dépistage du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent	33
7.1. <i>Comment dépister ?</i>	33
7.2. <i>Quand dépister ?</i>	34
7.3. <i>Qui peut dépister ?</i>	34
8- Recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent	35
8.1. <i>L'annonce diagnostique</i>	35
8.2. <i>Principes de la prise en charge</i>	36
8.2.1. <i>Éducation thérapeutique</i>	36
8.2.2. <i>Trois niveaux de prise en charge</i>	36
8.2.3. <i>Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP)</i>	37
8.2.4. <i>Réseaux et dispositifs territoriaux</i>	37
9- Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adolescent	38
10- Rôle des parents	39
II- OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	40
III- MATERIEL ET METHODES	41

1. Type d'étude	41
2. Population	41
2.1. <i>Les adolescents</i>	41
2.1.1. <i>Critères d'inclusion</i>	41
2.1.2. <i>Critères d'exclusion</i>	42
2.2. <i>Les parents</i>	42
2.2.1. <i>Critères d'inclusion</i>	42
2.2.2. <i>Critères d'exclusion</i>	42
3. Recrutement	42
4. Entretiens semi-directifs	43
5. Analyse des données	44
IV- RÉSULTATS	45
1. Caractéristiques des deux populations	45
1.1. <i>Les adolescents</i>	45
1.2. <i>Les parents</i>	46
2. Analyse des résultats des adolescents	48
2.1. <i>Représentations du surpoids et de l'obésité par les adolescents</i>	48
2.2. <i>Perception et vécu des adolescents vis-à-vis de leur surpoids ou leur obésité</i>	50
2.3. <i>Explications évoquées par les adolescents en lien avec l'échec de la prise en charge antérieure avec leur médecin</i>	53
2.4. <i>Idées envisagées actuellement par les adolescents pour essayer une stabilisation ou une perte de poids</i>	54
2.5. <i>Point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin généraliste</i>	56
2.6. <i>Difficultés exprimées par les adolescents pour aborder le sujet du poids avec leur médecin généraliste</i>	58
2.7. <i>Difficultés du médecin généraliste face à l'adolescent en surpoids ou obèse : raisons exposées par les adolescents</i>	60
2.8. <i>Attentes des adolescents pour une meilleure prise en charge par leur médecin généraliste</i>	62
3. Analyse des résultats des parents	65
3.1. <i>Représentation et vécu des parents au sujet du problème de poids de l'adolescent</i>	65
3.2. <i>Aborder le sujet du poids avec le médecin généraliste</i>	68
3.3. <i>Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour prendre en charge les problèmes de poids des adolescents selon les parents</i>	72
3.4. <i>Responsabilités concernant la prise de poids et/ou l'échec de prise en charge</i>	81
3.5. <i>Attentes des parents vis à vis du médecin généraliste concernant la prise en charge du poids de leur enfant</i>	87
4. Analyse croisée	94
4.1. <i>Perception du poids</i>	94
4.2. <i>Aborder le sujet avec le médecin généraliste</i>	94
4.3. <i>Difficultés du médecin généraliste dans sa prise en charge</i>	95
4.4. <i>Attentes vis à vis du médecin généraliste</i>	95
4.5. <i>Responsabilités de la prise de poids / de l'échec de prise en charge</i>	95
V- DISCUSSION	96

1. Limites et points forts de l'étude	96
1.1. <i>Limites de l'étude</i>	96
1.2. <i>Limites liées à l'entretien des adolescents</i>	97
1.3. <i>Limites liées à l'entretien des parents</i>	98
1.4. <i>Points forts de l'étude</i>	99
2. Discussion croisée	100
2.1. <i>Défaut d'évaluation du poids</i>	100
2.1.1. <i>Par les adolescents</i>	100
2.1.2. <i>Mais aussi par les parents</i>	101
2.1.3. <i>Influence de la puberté sur cette perception du poids</i>	101
2.2. <i>Représentation des parents et des adolescents autour du poids</i>	102
2.2.1. <i>Risque de Troubles du Comportement Alimentaire chez l'adolescent selon sa perception du corps</i>	102
2.2.2. <i>Transmission intergénérationnelle de restrictions cognitives et préoccupations autour du poids</i>	103
2.3. <i>Aborder le sujet du poids en médecine générale</i>	103
2.3.1. <i>Point de vue des parents</i>	103
2.3.1.1. <i>Vécu de l'annonce par les parents</i>	103
2.3.1.2. <i>Aborder le sujet</i>	104
2.3.2. <i>Point de vue des adolescents</i>	105
2.3.2.1. <i>Termes préférés des adolescents à employer en pratique</i>	105
2.3.2.2. <i>Peur du jugement</i>	105
2.3.2.3. <i>Peur des régimes</i>	106
2.3.2.4. <i>L'aborder en premier, une épreuve difficile pour les adolescents</i>	107
2.3.2.5. <i>Le bon moment pour en parler</i>	107
2.4. <i>Difficultés de prise en charge du poids par les médecins généralistes selon les familles</i>	108
2.4.1. <i>Le rôle du médecin généraliste</i>	108
2.4.1.1. <i>Point de vue des adolescents</i>	108
2.4.1.2. <i>Point de vue des parents</i>	109
2.4.1.3. <i>Freins exprimés par les médecins généralistes</i>	109
2.4.1.4. <i>Sentiment d'impuissance ressenti par les médecins</i>	110
2.4.1.5. <i>Fréquence de consultation chez le médecin généraliste</i>	111
2.4.1.6. <i>Temps de consultation trop rapide</i>	111
2.4.1.7. <i>Influence des habitudes parentales</i>	112
2.4.1.8. <i>Cohésion familiale</i>	112
2.4.1.9. <i>Vécu d'un problème de poids par le médecin lui-même</i>	113
2.5. <i>Répartition des responsabilités de prise en charge du poids entre adolescent et parents</i>	113
2.5.1. <i>Au sein de la famille</i>	113
2.5.1.1. <i>Place du père</i>	113
2.5.1.2. <i>Autonomisation de l'adolescent</i>	114
2.5.2. <i>Dans la relation de soin</i>	114
2.5.3. <i>Au sein de la société</i>	115
2.6. <i>Attentes des adolescents et leurs parents</i>	115
2.6.1. <i>Examen clinique de l'adolescent en surpoids</i>	115
2.6.2. <i>Place de la pesée au cours de la consultation de médecine générale</i>	116
2.6.3. <i>Personnalisation de la prise en charge</i>	116
2.6.4. <i>Aborder le sujet librement</i>	117
2.6.5. <i>Place des conseils diététiques</i>	117
2.6.6. <i>Suivi spécialisé par d'autres professionnels de santé</i>	118
2.6.7. <i>Priorité aux compétences relationnelles du médecin</i>	118
2.6.8. <i>Pratique de l'Entretien Motivationnel</i>	118

VI- CONCLUSION	120
VII- BIBLIOGRAPHIE	122
VIII- ANNEXES	133
Annexe 1 : Courbe de corpulence fille	133
Annexe 2 : courbe de corpulence garçon	134
Annexe 3 : Recommandations de bonnes pratiques, Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent, HAS, Septembre 2011	135
Annexe 4 : schémas avec les 3 niveaux de recours, HAS 2011	136
Annexe 5 : Carte des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP)	137
Annexe 6 : Lettre d'information et consentement	138
Annexe 7 : Guide d'entretien Parents	140
Annexe 8 : Guide d'entretien Adolescents	142
Annexe 9 : Caractéristiques de la population Adolescents	144
Annexe 10 : Caractéristiques de la population Parents	144
Annexe 11 : "Retrouve ta route"	146
IX- COMITÉ DE PILOTAGE	147
X- SERMENT D'HIPPOCRATE	148
XI- PERMIS D'IMPRIMER	149
XII- RÉSUMÉ	150

Préambule

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'obésité est un problème majeur de santé publique en raison de ses nombreux retentissements sur la santé physique et psychique. A l'instar des adultes, les enfants en situation d'obésité sont exposés à de multiples complications avec une forte probabilité de persistance de leur excès de poids à l'âge adulte. Il est donc nécessaire de travailler à améliorer leur prévention ainsi que leur prise en charge globale.

Nous nous sommes intéressées à la période de transition importante qu'est l'adolescence puisqu'elle est propice aux changements. C'est peut-être alors le moment approprié pour cette population de modifier son mode de vie.

Les relations parents-adolescents peuvent s'avérer compliquées, notamment au sujet du poids. Le médecin généraliste peut se positionner comme médiateur au sein des familles. Il joue un rôle important dans la prise en charge de l'obésité car il représente l'un des premiers recours en matière de prévention, de dépistage mais aussi d'accompagnement au long cours de ces adolescents.

De nombreuses thèses de médecine générale se sont intéressées à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'obésité pédiatrique et ont permis de rendre compte des difficultés auxquelles font face les médecins généralistes.

Il nous a donc semblé utile de donner également la parole aux adolescents et à leurs parents pour exprimer leur opinion concernant la prise en charge complexe de cette pathologie en médecine générale et leurs attentes vis-à-vis du corps médical.

I- INTRODUCTION

1- Définition de l'adolescence

Selon l'Organisation Mondiale de Santé, l'adolescence est définie comme la période de croissance située entre l'enfance et l'âge adulte et plus précisément entre 10 et 19 ans (1). D'un point de vue biologique, c'est principalement l'apparition de la puberté qui marque le passage de l'enfance à l'adolescence (2).

Il s'agit également d'une période de changements physique et émotionnel : le corps évolue et l'esprit devient plus critique et progressivement indépendant.

Néanmoins, l'adolescence est aussi représentée comme la période où les risques sont importants et au cours de laquelle le contexte social peut exercer une influence déterminante. Olivier Galland, sociologue à Paris, explique que les jeunes font l'apprentissage de l'autonomie et des responsabilités, sous protection plus ou moins rapprochée de la famille et/ou de l'Etat (3).

L'UNICEF a d'ailleurs distingué deux sous-périodes de l'adolescence (4) :

Première adolescence (10–14 ans)

La puberté commence. Des modifications au niveau émotionnel, physique, et mental s'amorcent.

La croissance est d'ailleurs plus avancée et plus précoce chez les filles. Le lobe frontal, partie du cerveau qui contrôle le raisonnement et la prise de décisions, commence à se développer. Les garçons ont tendance à être plus impulsifs que les filles et moins critiques, car leur développement commence plus tard et dure plus longtemps.

La première adolescence n'est pas le moment approprié pour endosser un rôle d'adulte. Il est nécessaire que les adultes continuent d'être un soutien et de faire preuve de bienveillance à l'égard de ces jeunes.

Seconde adolescence (15–19 ans)

A cette période, les changements physiques pubertaires majeurs sont, en général, terminés. Ce sont alors les capacités d'analyse et de réflexion qui progressent.

Durant cette phase de l'adolescence, les filles sont plus sujettes aux troubles du comportement alimentaire. De plus, la dépression les touche plus que les garçons car elles sont exposées à des discriminations et au sexisme de la société, ce qui amplifie leur mal-être. Comme l'exprime l'UNICEF, "cette vulnérabilité provient notamment d'angoisses profondes liées à l'image du corps, nourries par des stéréotypes culturels et médiatiques de la beauté féminine."

Au cours de ces années, les adolescents font leur entrée dans le monde du travail ou de l'enseignement supérieur et affirment progressivement leur propre identité.

2- Définition du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le surpoids et l'obésité par une "accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé"(5)(6).

L'indice de masse corporelle (IMC) est utilisé car c'est une mesure simple, qui est corrélée à la quantité de masse adipeuse. $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$

Chez l'enfant, il n'est pas possible de se reporter, comme chez l'adulte, à une valeur de référence unique de l'IMC. L'IMC s'interprète à l'aide des courbes, en fonction de l'âge et du sexe qui permettent de suivre l'évolution de la corpulence au cours de la croissance (7).

Annexes 1 et 2 : Courbes de corpulence fille et garçon du PNNS 2010

L'International Obesity Task Force (IOTF) a élaboré en 2000 une définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, en utilisant des courbes d'IMC établies à partir de données recueillies dans six pays possédant des échantillons représentatifs d'enfants âgés de 2 à 18 ans.

Les seuils recommandés en pratique en France pour définir le surpoids et l'obésité chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux des courbes de corpulence du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2010. Ces seuils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'IOTF (8)(9)(10).

IMC \geq seuil IOTF-30	=> Obésité
IMC \geq 97e percentile	=> Surpoids (incluant l'obésité)
3 ^e percentile \leq IMC < 97e percentile	=> Corpulence normale
IMC < 3e percentile	=> Insuffisance pondérale

Le Z-score d'IMC est utilisé en pratique pour quantifier l'obésité plus précisément au-delà du seuil IOTF-30. Lorsque l'IMC est situé au-delà de + 4 Z-scores d'IMC, on considère qu'un enfant présente une obésité majeure. Le Z-score est utilisé dans le suivi de l'évolution d'un excès de poids puisqu'il ne dépend ni de l'âge ni du sexe (11).

Il est normal d'observer une variation de la corpulence au cours de la croissance. En moyenne, la corpulence augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans, et augmente à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. On observe une remontée de la courbe de l'IMC vers l'âge de 6 ans qui est appelée rebond d'adiposité. Les études montrent que l'âge au rebond d'adiposité est corrélé à l'adiposité à l'âge adulte : plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé (12)(13).

Une cohorte a permis de montrer que la valeur de l'IMC au moment du rebond d'adiposité était un facteur de risque d'obésité à l'âge adulte indépendamment de l'âge au rebond d'adiposité (14)(15).

3- Prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent

3.1. Dans le monde

On observe une augmentation de l'IMC des enfants et adolescents depuis ces dernières décennies mais cela est également vrai à tous les âges, pour les 2 sexes et quelle que soit la région du monde (16)(17)(18).

La prévalence de l'excès de poids s'est accrue à un rythme alarmant. En 2016 le monde comptait plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents entre 5 et 19 ans en surpoids ou obèses. Le nombre d'enfants dans cette situation a été multiplié par 10 au cours des 4 dernières décennies, à l'échelle mondiale (19).

Dans le monde entier, les taux d'obésité chez les enfants et les adolescents sont passés de moins de 1% (équivalant à 5 millions de filles et 6 millions de garçons) en 1975 à près de 6% chez les filles (50 millions) et près de 8% chez les garçons (74 millions) en 2016.

L'augmentation des taux d'obésité chez l'enfant et l'adolescent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en Asie de l'Est, s'est accélérée depuis peu. A contrario, l'accroissement du taux d'obésité chez l'enfant et l'adolescent dans les pays à revenu élevé a ralenti et s'est stabilisé.

En 2016, c'est en Polynésie et en Micronésie que l'on notait les taux d'obésité les plus élevés chez les enfants, les taux étant de 25,4% chez les filles et de 22,4% chez les garçons. Puis c'est le groupe des pays anglophones à revenu élevé, qui comprend les États Unis d'Amérique, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Irlande et le Royaume-Uni qui arrive en 2ème position.

En Europe, les filles de Malte et les garçons de Grèce présentaient les taux d'obésité les plus importants, soit respectivement 11,3% et 16,7% de la population (20)(21).

3.2. En France

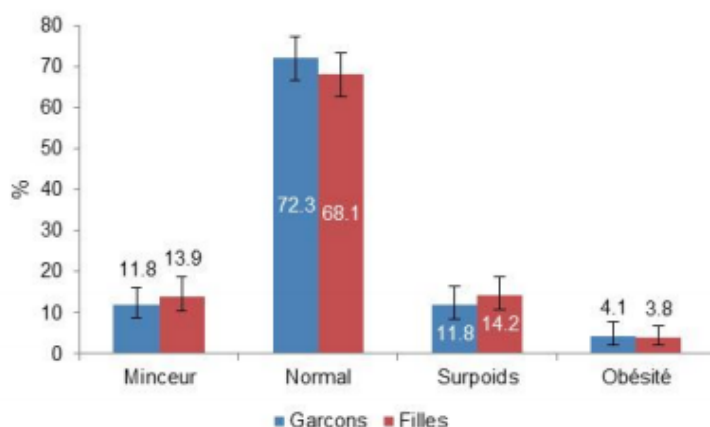
Le nombre d'enfants entre 5 et 12 ans en surpoids (\geq 97e percentile des références françaises) a progressé de 6 % à la fin des années 70, à 13 % en 1996.

Cependant, on note une stabilisation récente de cette prévalence chez les enfants de 5-6 ans entre 2000 et 2005 (22).

En 2006, 18 % des enfants âgés de 3 à 17 ans (16 % des garçons et 19 % des filles) sont en surpoids ou obèses. 3,8% au total, filles et garçons confondus sont reconnus obèses selon l'Institut de Veille Sanitaire en 2009(23).

En 2015, chez les enfants et adolescents de 6 à 17 ans, le surpoids et l'obésité concernaient 16 % des garçons et 18 % des filles, soit une certaine stabilité depuis 2006(24).

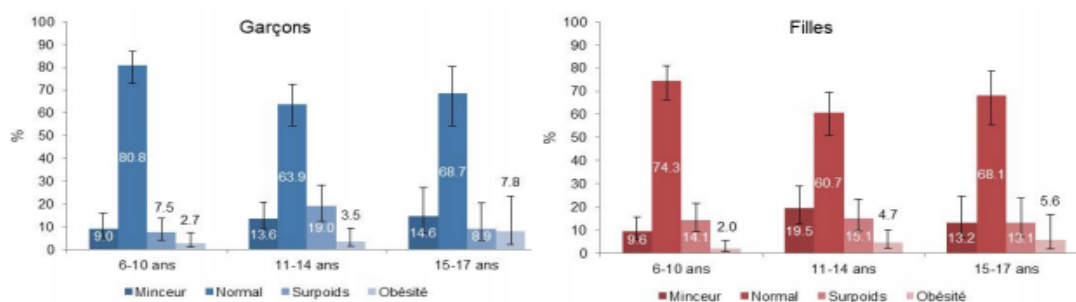
Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe, étude Esteban 2015



La corpulence rend compte de l'Indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références IOTF-2012) : minceur (courbe de centiles en dessous de 18,5 à 18 ans), normal, surpoids (courbe de centiles entre 25,0 et 29,9 à 18 ans) et obésité (courbe de centiles atteignant 30,0 à 18 ans).

Une étude réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) lors de l'année scolaire 2016-2017 auprès de 7200 élèves de troisième, rapporte que 18,2 % des adolescents sont en surcharge pondérale, dont 5,2 % sont obèses. La prévalence globale de l'excès de poids chez les adolescents reste stable contrairement à celle de l'obésité qui s'accroît.

Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe et l'âge, étude Esteban 2015



La corpulence rend compte de l'Indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références IOTF-2012) : minceur (courbe de centiles en dessous de 18,5 à 18 ans), normal, surpoids (courbe de centiles entre 25,0 et 29,9 à 18 ans) et obésité (courbe de centiles atteignant 30,0 à 18 ans).

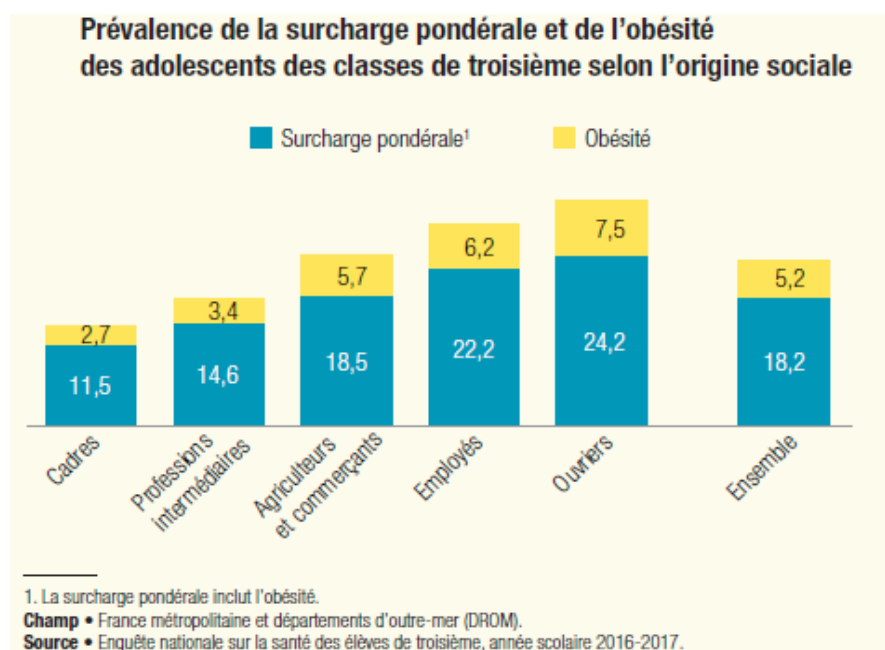
Les données traduisent aussi de fortes inégalités sociales et une plus forte prévalence de l'obésité dans les familles défavorisées.

En 2005-2006, 13,9% des enfants dont le père est issu de la catégorie socioprofessionnelle « ouvrier » présentent une surcharge pondérale et 4,3% une obésité, contre respectivement, 8,6% et 1,2% des enfants dont le père est « cadre ».

L'écart de prévalence de l'obésité est important entre les Zones d'Éducation prioritaires et les autres écoles publiques : 5,1% contre 2,9% (respectivement) (22).

En 2014-2015, en France, 12,7 % des enfants de cadres sont en surcharge pondérale contre 21,5 % des enfants d'ouvriers (25).

En 2016-2017, les chiffres de la DREES indiquent que ces prévalences sont stables pour les enfants de cadres mais en augmentation à 24% pour les enfants d'ouvriers. 2,7 % d'obésité sont constatés pour les enfants de cadres contre 7,5 % pour ceux des ouvriers (26).



Selon les études, la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie de 20 à 50 % avant la puberté, et de 50 à 70 % après la puberté (27).

3.3. En Région Occitanie

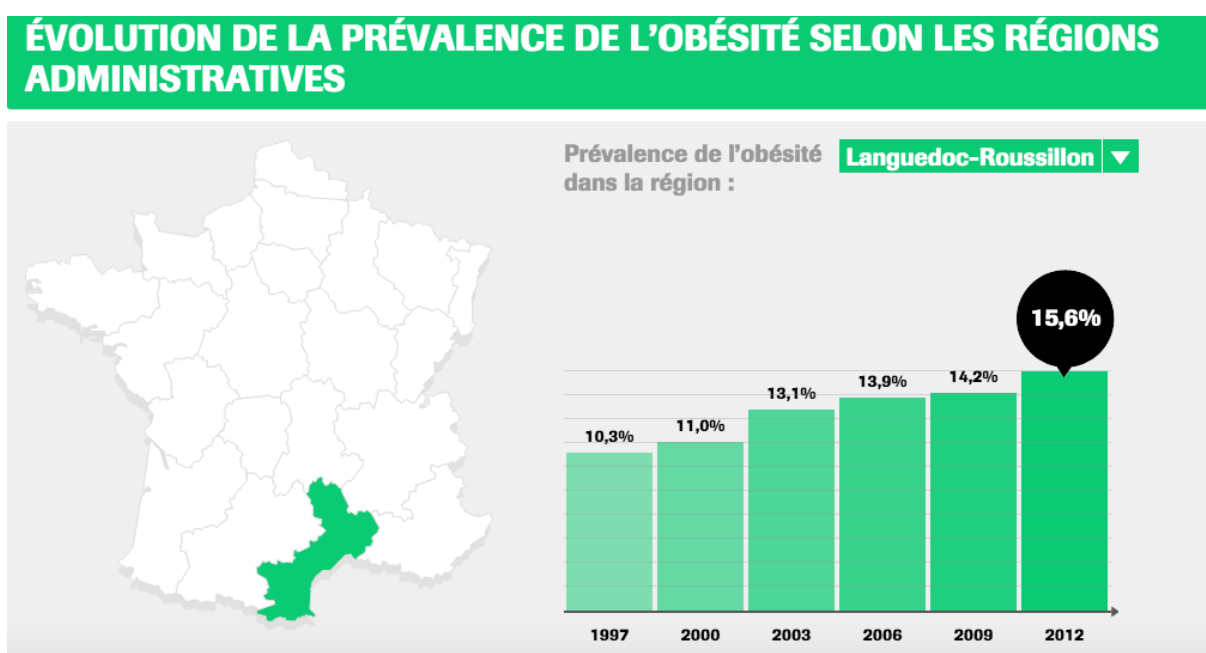
Il existe une disparité des prévalences de surpoids et obésité en fonction des différentes régions françaises.

Les données suivantes concernent les adultes de plus de 18 ans, car il y a peu de données concernant les enfants.

En 2012, 4 régions montrent des taux de prévalence de surpoids et obésité élevés chez l'adulte : le Nord-Pas de Calais est la région la plus touchée avec 21,3% ; la Champagne-Ardenne, la Picardie et la Haute Normandie avec des prévalences respectives de 20,9%, 20,0% et 19,6%

Les régions les moins touchées par l'obésité sont les régions Midi-Pyrénées (11,6%), PACA (11,7%) et Pays de la Loire (11,8%).

Il existe un gradient décroissant Nord - Sud, ainsi qu'un gradient décroissant Est – Ouest (18,6% en Alsace et 12,0% en Bretagne).



On note une augmentation de la prévalence de l'obésité dans la région du Languedoc Roussillon (devenue Occitanie) entre 1997 et 2012 passant de 10,3% à 15,6% chez les adultes.

En 2009, 380 000 adultes sont en situation d'obésité dans le Languedoc Roussillon (28).

En Occitanie, les prévalences du surpoids et de l'obésité sont significativement plus faibles que dans le reste de la France pour les 15 à 75 ans, soit 28% de surpoids et 11% d'obésité (Baromètre santé Occitanie 2016).

Les inégalités selon le niveau d'éducation sont importantes, avec 45% de surcharge pondérale pour les moins diplômés versus 32% pour les niveaux baccalauréat ou plus en Occitanie (29)(30).

Les données disponibles concernant spécifiquement les enfants d'Occitanie sont plus anciennes.

Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 14-15 ans en 2002 en Languedoc-Roussillon				
<i>Unité : %</i>				
	Garçons		Filles	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Aude	20,6	2,4	13,8	7,2
Gard	10,1	2,4	12,8	0,4
Hérault	11,0	1,6	12,9	1,3
Lozère	nd	nd	nd	nd
Pyrénées-Orientales	14,8	3,3	11,9	3,0
Languedoc-Roussillon	11,5	1,3	13,2	2,4
<i>2000/2002</i>				
Évolution	+0,8 points	+0,5 points	+5,5 points	-0,5 points

Source : enquêtes ORES, ORS L-R

Entre 1999-2000 et 2001-2002, la prévalence de surpoids chez les filles a fortement augmenté, passant de 7,7% à 13,2% tandis que le taux d'obésité est resté sensiblement le même. 1 filles sur 6, pour 1 garçon sur 8 est en surpoids en classe de 3ème en 2002 en Occitanie.

On remarque que les départements au bord de la Méditerranée ne sont pas les plus touchés par les problèmes de surcharge pondérale dans les classes de 3ème en 2007(31).

Pour conclure, la région Occitanie, bien que populaire pour son régime méditerranéen, n'échappe pas à la règle. Les prévalences de surpoids et obésité tendent à augmenter en particulier dans les milieux sociaux défavorisés.

4- Étiologie du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent / Facteurs de risque

La prise de poids est la conséquence d'un déséquilibre de la balance énergétique entre les apports et les dépenses avec un bilan d'énergie positif prolongé. Néanmoins, il s'agit d'une approche simpliste. En effet, il faut surajouter des facteurs de risques innés ou acquis, modifiables ou non, qui participent à la genèse du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. Connaître ces facteurs permet d'entreprendre des actions de prévention adaptées.

La principale cause du surpoids et de l'obésité de l'enfant est multifactorielle. On parle d'obésité « commune ou primaire » faisant intervenir des facteurs génétiques, environnementaux, psychologiques, sociaux et biologiques qui s'associent et interagissent entre eux.

L'augmentation mondiale des cas de surpoids et d'obésité chez les enfants est imputable à un certain nombre de facteurs tels que la consommation accrue d'aliments très énergétiques à haute teneur en graisses et en sucres mais également la diminution de l'activité physique.

Il existe un deuxième type d'obésité, dite « secondaire » et rare. Elle englobe les obésités de causes endocriniennes, syndromiques ou encore iatrogènes.

En raison de la faible prévalence de cette obésité secondaire (32), notre thèse ne s'intéressera qu'à l'obésité primaire, reflet de la prise en charge de l'obésité infantile en médecine générale.

4.1. Facteurs prédictifs

4.1.1. Facteurs génétiques

Si à l'échelle des populations, le mode de vie joue un rôle important dans l'épidémie actuelle de l'obésité, ce sont bien nos susceptibilités individuelles (génétiques ou épigénétiques) qui déterminent notre futur pondéral et métabolique.

En effet, quelques études basées sur des jumeaux monozygotes et élevés séparément ont montré que les corrélations obtenues avec ces derniers sont généralement similaires à celles obtenues avec des jumeaux élevés ensemble. D'après les analyses de ces études, l'héritabilité de la corpulence serait de l'ordre de 40 à 70% (33)(34).

Le Professeur Philippe Froguel, Médecin et Chercheur Français en Endocrinologie, Biologie Moléculaire et Génétique, partage cette hypothèse : les facteurs génétiques jouent un rôle important dans l'histoire pondérale de chaque individu. Néanmoins, cela ne signifie pas qu'il est impossible d'infléchir cette tendance grâce des modifications du mode de vie.

Ainsi une grande part des variations de l'IMC sont d'origine génétique, mais l'impact des gènes peut diminuer considérablement chez ceux qui s'astreignent à une activité physique ou privilégient une alimentation santé.

4.1.2. Influence épigénétique durant les 1000 premiers jours

L'épigénétique est définie comme l'ensemble des mécanismes qui régulent l'expression des gènes, ayant lieu sans modification de la séquence de l'ADN.

Durant la vie foétale, les facteurs génétiques sont modulés par un certain nombre de facteurs environnementaux qui jouent un rôle sur la prise de poids ultérieure. Cette période dite "des 1000 premiers jours" commencerait à la conception, couvrirait toute la gestation puis l'allaitement jusqu'à la diversification alimentaire (35).

4.1.3. Pendant la vie foétale

Il est également établi que l'IMC maternel au moment de la conception, de même que sa prise de poids lors de la grossesse sont des facteurs prédictifs du développement de l'obésité, comme le tabagisme maternel et le diabète gestationnel (36)(37)(38).

Sont aussi à prendre en considération : un éventuel retard de croissance intra-utérin, une relation positive entre IMC et Poids de Naissance (PN), ainsi qu'un risque augmenté si $PN > 3,8$ kg ou $PN < 2,2$ kg.

4.1.4. Chez le nourrisson

On retiendra comme possibles facteurs prédictifs d'obésité pendant cette période, l'importance du gain pondéral au cours des 2 premières années après la naissance, l'allaitement et le moment de la diversification alimentaire avec l'introduction des protéines (39).

Des apports protéiques excessifs avant 1 an favoriseraient la survenue de l'obésité (40).

Aussi, une méta-analyse a mis en évidence l'effet protecteur de l'allaitement au sein face au surpoids et à l'obésité, et ce, quels que soient l'évolution du diabète, la présence d'une intolérance au glucose ou le poids de la mère (41).

Quant à l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, il protège du risque de surpoids des enfants, comparé à ceux qui ne sont pas allaités. Au-delà de ces 6 mois, il n'a pas été démontré de façon significative que l'allaitement exclusif apportait un avantage pour prévenir l'obésité, il en est de même pour une alimentation mixte. (42).

4.1.5. Influence du surpoids parental

L'obésité parentale est un facteur de risque génétique mais aussi environnemental. Le risque est donc bien réel si les parents sont en surpoids ou en obésité, il existe une probabilité deux fois plus grande que la descendance directe le soit aussi (43)(44)(45)(46).

4.2. Facteurs de risque environnementaux

Aux facteurs de risques prédictifs, s'ajoutent d'autres facteurs généralement environnementaux et bien identifiés par la Haute Autorité de Santé de 2011(32).

4.2.1. Difficultés socio-économiques des parents

Un niveau socio-économique bas est un facteur de risque d'obésité dans les pays développés, en partie due à la disponibilité des aliments plus gras et plus sucrés et du manque d'accès à une alimentation plus saine (47).

Paradoxalement, dans les pays en voie de développement ou dans les pays pauvres, le niveau socio-économique élevé représente un facteur de risque d'obésité. Car les plus démunis de ces pays ont du mal à se procurer suffisamment de nourriture et ils ont un niveau d'activité physique plus important du fait des travaux manuels plus intenses et de leur accès plus difficile aux transports publics ce qui les oblige à marcher davantage (48).

Comme constaté précédemment, les enfants issus de familles d'un niveau socio-économique plus faible ont un risque plus important d'être obèses dans l'enfance (24)(44)(45)(49).

4.2.2. Habitudes alimentaires

Bien que le surpoids et l'obésité soient multifactorielles, l'alimentation reste tout de même au cœur de la problématique (50).

L'alimentation est un déterminant qui regroupe des facteurs sociaux (habitudes alimentaires au sein de la famille (51)), économiques (alimentation plutôt bon marché à index glycémique élevé et teneur en calories importante) et environnementaux (fast-foods, distributeurs de sodas) (50).

4.2.3. Sommeil

De nos jours, du fait de leurs modes de vie (plus sédentaires et temps d'écran plus important...), les adolescents ont une moins bonne qualité de sommeil.

Il existe un lien bien démontré aujourd'hui entre l'insuffisance ou l'excès de temps de sommeil, ajusté à l'âge, et la prise de poids (39) (52).

En fait, le trouble du sommeil entraîne une perturbation des hormones de régulation de la faim et de la satiété (53). Des recommandations sont proposées pour adapter la durée du sommeil à l'âge de l'enfant (54).

4.2.4. Sédentarité et activité physique

L'activité physique joue un rôle important dans la régulation physiologique du poids. Lorsqu'elle est pratiquée régulièrement, elle peut permettre une diminution de la masse grasse et améliorer ainsi le métabolisme (55)(56).

Malheureusement, il est constaté que l'activité physique a tendance à diminuer. Dans les pays développés, 40 à 60% du temps libre des jeunes est consacré à des activités sédentaires (57). Leur dépense énergétique est donc à la baisse, entraînée par la sédentarité (49)(58).

Cette sédentarité, est favorisée dans notre société moderne par le confort et l'augmentation en flèche des modes de transport motorisés (59).

La durée d'écran aussi (télévision, ordinateur, tablettes, consoles de jeu) occupe une place importante dès le plus jeune âge au profit du temps passé à jouer à l'extérieur (60).

5- Complications du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent

L'excès de poids peut entraîner des complications orthopédiques, cardio-respiratoires, endocriniennes, métaboliques mais aussi des conséquences morphologiques et esthétiques qui peuvent être sources de souffrance physique et psychique pour l'enfant et l'adolescent et qu'il faut savoir rechercher (61).

5.1. Complications et comorbidités orthopédiques

On peut retrouver :

L'épiphysiolyse de la tête fémorale, se manifestant lors de la période pubertaire et par des douleurs de hanche et de genou, provoquant une boiterie. Cette complication relève des urgences et nécessite une prise en charge orthopédique spécialisée.

Le genu valgum

Des rachialgies

La survenue plus fréquente de fractures et de douleurs musculo-squelettiques

5.2. Complications cutanées

On peut voir apparaître :

Des vergetures (sur le ventre, les cuisses, les bras) (62)

L'hypertrichose chez la jeune fille (sous la dépendance des androgènes) au niveau des cuisses, du thorax, des seins ou du visage (lèvre supérieure).

Un plus grand nombre de mycoses, associées à une inflammation des plis.

L'acanthosis nigricans au niveau des plis comme les aisselles ou le cou.

Une hypersudation.

5.3. Complications cardio-respiratoires

On peut observer une augmentation des pressions artérielles systoliques et diastoliques secondaire à l'obésité, voire une hypertension artérielle, plus rare (63)(64).

L'asthme est souvent associé et peut être aggravé par l'obésité. Selon des méta-analyses, un poids élevé de naissance augmente de 20 % le risque d'asthme. De même, un poids élevé durant l'enfance augmente de 50 % le risque d'un asthme futur (65).

On peut retrouver un déconditionnement à l'effort avec essoufflement, sensation de palpitations, malaises pendant l'effort (66).

Des troubles respiratoires du sommeil dont des apnées du sommeil sont à rechercher en cas de ronflements, réveils nocturnes, somnolence diurne, baisse des résultats scolaires (67).

5.4. Complications neurologiques

L'hypertension intracrânienne bénigne, bien que rare, semble plus fréquente chez les adolescents obèses. (68)(69)

5.5. Complications endocriniennes

Une avance pubertaire peut être constatée chez les filles alors que les garçons présentent plutôt un retard. Une étude a montré qu'il existait une relation linéaire positive entre l'IMC (à l'âge de 14 et de 31 ans dans l'étude) et l'âge des premières règles (70).

Le syndrome des ovaires polykystiques est fréquent et associé à un contexte métabolique.

Avoir une verge enfouie, c'est à dire d'une taille apparente réduite alors que la verge est de taille normale, est très mal vécu par les adolescents en situation d'obésité et les conséquences psychologiques ne doivent pas être négligées par les professionnels de santé car c'est souvent une plainte prioritaire pour l'adolescent qui en souffre.

De même, la gynécomastie qui est le développement de la glande mammaire chez le garçon nécessite écoute et bienveillance lors de la prise en charge.

5.6. Complications métaboliques

On peut retrouver :

Une dyslipidémie à la biologie (71) (72).

Une stéatose hépatique, la plupart du temps asymptomatique (73).

Une insulino-résistance, une intolérance au glucose voire un diabète de type 2.

S'il existe un antécédent familial de diabète et un des facteurs de risque suivants (pour des enfants > 10 ans) : une obésité, un rapport tour de taille / taille > 0,5, un acanthosis nigricans, un syndrome des ovaires polykystiques, alors des examens complémentaires sont recommandés pour faire le diagnostic. Un avis spécialisé en endocrino-diabétologie est également préférable (74) (75).

Une revue systématique de 2010 ne rapportait pas de lien significatif entre le surpoids ou l'obésité de l'enfant et le risque de maladie cardiovasculaire (76).

5.7. Comorbidités et complications psychopathologiques

Des troubles dépressifs peuvent se manifester chez l'adolescent en surpoids ou obèse et nous pouvons les évoquer devant une tristesse, une auto-dévalorisation, un sentiment de culpabilité ou un repli sur soi. Ces éléments doivent faire rechercher des idées suicidaires (77).

Des troubles anxieux, des troubles du comportement (78) et des troubles des conduites alimentaires ne sont pas rares. On peut rechercher une hyperphagie boulimique, ou encore un syndrome d'alimentation nocturne (Night Eating Disorder) (79).

Une tendance aux addictions qui se manifeste par des abus de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, etc.) et une perte de contrôle (jeu pathologique, achats compulsifs, etc.) est également à investiguer.

Le niveau de qualité de vie globale et l'estime de soi sont plus faibles chez les adolescents obèses que pour ceux sans problèmes de poids (80)(81).

Les jeunes filles obèses en particulier subissent une marginalisation des relations sociales, du harcèlement physique et verbal et une stigmatisation importante (82).

6- Dimensions sociales du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent

La stigmatisation a été décrite par le sociologue Erwin Goffman comme un processus de discréditation qui touche un individu considéré comme « anormal », « déviant » (83).

Dans le cas de l'obésité, notamment chez l'adolescent, cette stigmatisation vient du fait que l'obésité s'oppose à l'idéal de minceur qui prévaut actuellement dans notre société occidentale. Ces jeunes sont victimes de préjugés et de stéréotypes de la part de leurs pairs, mais également de leurs parents ou enseignants (79). Ce jugement apparaît de façon très précoce, dès l'âge de 3-5 ans (84).

En France, selon l'enquête réalisée en 2010 par Eric Debarieux concernant la violence à l'école, 11 à 12 % des élèves du 3^{ème} cycle subissent un harcèlement. Une des causes de harcèlement étant l'apparence physique, plus particulièrement le surpoids (85).

A savoir aussi que les filles en surpoids sont plus stigmatisées que les garçons : elles subissent des moqueries, sont plus souvent agressées verbalement et physiquement. Au niveau relationnel, elles sont marginalisées sur les plans amical et amoureux (82).

Mais en règle générale, filles comme garçons subissent les conséquences psychologiques et sociales de leur surpoids : ils sont moins aimés, plus souvent rejetés par leurs pairs et désavantagés au niveau socio-économique ultérieurement.

Dans une étude réalisée aux États-Unis, Gortmaker et al. (86) ont montré que des jeunes filles obèses de 16 ans, réévaluées 7 ans plus tard, avaient un nombre d'années d'études moins important, un salaire moindre, un plus fort taux de pauvreté et étaient moins fréquemment mariées que leurs homologues sans problèmes de poids.

L'isolement et le repli sur soi deviennent une échappatoire devant ces attitudes néfastes à l'égard des jeunes en surpoids.

Aussi ces humiliations dont ils souffrent au quotidien peuvent être à l'origine d'un échec scolaire, d'une déscolarisation, d'une dépression voire d'idées suicidaires.

La stigmatisation liée à l'obésité favorise la dévalorisation de soi et l'isolement social, entraînant ou exacerbant les compensations alimentaires et la sédentarité qui accroissent ainsi la surcharge pondérale de l'adolescent. On entre alors dans un véritable cercle vicieux.

7- Dépistage du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent

7.1. Comment dépister ?

Il est recommandé de calculer l'IMC systématiquement chez tous les enfants et adolescents quels que soient leur âge, leur corpulence apparente et le motif de la consultation, puis de reporter les valeurs de poids, taille et corpulence sur les courbes de référence qui se trouvent dans le carnet de santé.

Se fier seulement à l'apparence physique pour prendre les mesures de poids et taille peut amener à sous-estimer l'IMC et passer à côté d'un diagnostic de surpoids. Au contraire, si le surpoids est cliniquement visible, il est quand même important de quantifier l'excès de poids afin d'avoir un meilleur suivi.

Il est nécessaire d'être particulièrement attentif aux enfants présentant des facteurs de risque précoces de surpoids et d'obésité et aux enfants de familles en situation de vulnérabilité.

Le périmètre abdominal ou "tour de taille" peut être mesuré pour suivre l'évolution du poids dans le temps. Il permet d'estimer le niveau de tissu adipeux viscéral. Il est mesuré sur un enfant debout, en expiration (fin d'expiration normale), à mi-distance entre la dernière côte et la crête iliaque.

Il permet de calculer le rapport tour de taille/taille (TT/T) qui, s'il est supérieur à 0,5, témoigne d'un excès de graisse abdominale et une augmentation du risque cardiovasculaire (87).

Il est important d'être attentif à la dynamique de la courbe d'IMC et vigilant aux signes d'alerte suivants :

- Ascension continue de la courbe depuis la naissance
- Rebond d'adiposité précoce

- Changement rapide de couloir vers le haut

Ces signes sont associés à un risque plus élevé de développer un surpoids et une obésité.

En cas de rebond d'adiposité précoce, il est préférable d'expliquer à la famille l'importance du suivi de la courbe de corpulence en programmant un rendez-vous ultérieur. Une obésité très précoce, en particulier avec ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance, doit faire évoquer et rechercher une obésité génétique (monogénique ou syndromique).

7.2. Quand dépister ?

Les mesures peuvent être pratiquées :

- De la naissance à 2 ans : au moins 3 fois par an
- Après l'âge de 2 ans : au moins 2 fois par an

Ces mesures peuvent être effectuées au moment des examens obligatoires du carnet de santé et des visites des services de prévention :

- A 3-4 ans (par les médecins de PMI en petite ou moyenne section de maternelle)
- A 5-6 ans (par les médecins de l'Éducation nationale)
- Parfois à 8-9 ans (par les infirmières de l'Éducation nationale en CE2 dans certaines académies)
- En classe de 6ème (par les infirmières de l'Éducation nationale).

Si un excès de poids est mis en évidence, l'enfant sera adressé à son médecin traitant pour la suite de la prise en charge.

Chez l'adolescent, il n'y a plus de consultations systématiques. Il est donc plus compliqué de suivre les courbes de poids si les consultations se font plus rares. Toute consultation peut être l'occasion d'aborder le sujet du poids avec l'adolescent.

7.3. Qui peut dépister ?

Tous les professionnels de santé que va rencontrer l'enfant ou l'adolescent sont invités à remplir le carnet de santé, que ce soit le médecin généraliste, le pédiatre, les

médecins d'autres spécialités, les infirmières, les puéricultrices de protection maternelle et infantile (PMI) et de santé scolaire.

Annexe 3 : Recommandations de bonnes pratiques, Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent, HAS, Septembre 2011

8- Recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent

L'approche thérapeutique de l'obésité commune consiste à aider l'adolescent et sa famille à lutter contre le déséquilibre entre apports (alimentation) et dépenses énergétiques (activité physique), en prenant en compte des aspects psychologiques et socio-économiques.

Il est donc nécessaire d'avoir une approche multidimensionnelle. Au niveau national, les autorités sanitaires ont émis des recommandations dont voici les grandes lignes.

8.1. L'annonce diagnostique

Annoncer le surpoids d'un adolescent en consultation n'est pas anodin. L'annonce peut influencer la qualité de la prise en charge ultérieure et avoir un impact sur la vie de l'adolescent en surpoids. La HAS recommande (27):

- « - De prendre en compte le contexte familial, social, environnemental et culturel de l'adolescent
- D'explorer la représentation qu'il a de son corps et de son poids ; de même pour les parents
- De faire attention aux mots choisis : expliquer, rassurer, dédramatiser et déculpabiliser l'adolescent et sa famille
- D'utiliser la courbe d'IMC comme outil pédagogique
- D'expliquer de façon simple et rassurante les objectifs à long terme et les moyens de les atteindre ensemble »

8.2. Principes de la prise en charge

8.2.1. Éducation thérapeutique

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique vise à aider le patient à acquérir ou à maintenir les connaissances et les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique ». Avant tout, il est important d'obtenir l'adhésion de l'adolescent et/ou de sa famille et de veiller à ne pas faire culpabiliser ou être stigmatisant. Il s'agit d'une approche globale, centrée sur l'adolescent (88).

L'objectif principal est de ralentir la progression de la courbe de corpulence et donc de stabiliser le poids ou de ralentir la prise de poids.

8.2.2. Trois niveaux de prise en charge

1er recours

Il correspond à une prise en charge de proximité par le médecin habituel de l'enfant. Sont ciblés les enfants et adolescents en surpoids ou en obésité. Le contexte familial doit être également accompagnant et favorable pour une modification des habitudes de vie. Le médecin généraliste décide des orientations nécessaires, accompagne dans le suivi et peut être aidé par un autre professionnel de proximité si besoin (diététicien, psychologue ou psychiatre, dans le cadre ou non d'un réseau).

2ème recours

Il correspond à une prise en charge multidisciplinaire organisée à l'échelle d'un territoire. Proposé en cas d'échec de prise en charge de proximité, il concerne cette fois les enfants ou adolescent avec une ascension rapide de la courbe d'IMC, des maladies associées et un contexte familial défavorable ou une problématique psychologique et sociale identifiée. Ce sont des professionnels spécialisés qui interviennent. En complément, un court séjour (< 2 mois) peut être organisé dans une structure spécialisée (Soins de Suite et de Réadaptation).

3ème recours

Il est organisé à une échelle régionale, en général dans un Centre Hospitalier Universitaire (les CSO), pendant une plus longue durée (> 2 mois). Il intéresse les enfants ou adolescents en échec du 2^{ème} recours ou si les maladies associées sont trop sévères ou si un handicap généré par l'obésité interfère dans la vie quotidienne, avec un contexte

familial très défavorable (carence éducative, maltraitance, composante psychiatrique et/ou sociale majeure).

A ce stade, une indication éventuelle de chirurgie bariatrique peut être discutée pour les plus de 13 ans.

Annexe 4 : schéma des 3 niveaux de recours (HAS, 2011)

8.2.3. Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP)

Ces réseaux ont été créés dans le cadre du PNNS 1 en 2003(89). Il s'agit d'une structure territoriale qui réunit les compétences de plusieurs professionnels de santé et d'autres acteurs concernés, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou institutionnels. Leur population cible est l'enfant et l'adolescent de 2 à 18 ans, ainsi que leur famille.

Ces réseaux agissent sur 3 axes : la prévention de l'obésité, le dépistage précoce et la prise en charge multidisciplinaire personnalisée et de proximité.

Annexe 5 : Carte des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) en France

8.2.4. Réseaux et dispositifs territoriaux

Il existe des réseaux de professionnels qui travaillent en partenariat à l'échelle d'un territoire pour prendre en charge l'obésité infantile. Ils proposent des consultations diététiques et psychologiques, des programmes d'activité physique adaptée et des formations des professionnels de santé. En Occitanie par exemple, on retrouve le réseau Croque Santé à Béziers, le réseau ROIBAL à Ales et Manger Bouger 11 à Narbonne.

9- Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adolescent

Le médecin généraliste est consulté en premier recours dans la majorité des situations médicales, il intervient avec une approche globale centrée sur le patient et non sur une maladie. Il est un relai des politiques de santé publique car il est au centre de la coordination et assure la continuité des soins, la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé (90).

En ce qui concerne la prise en charge des problèmes de poids, le médecin généraliste a un rôle central du fait de sa proximité relationnelle et géographique avec les familles et de sa connaissance du mode de vie des patients.

Il peut prendre le rôle de coordonnateur, qui est défini par l'HAS comme "celui qui coordonne la prise en charge de proximité". Si le médecin décide d'orienter l'adolescent et sa famille vers d'autres spécialistes, il peut garder le rôle de coordonnateur en 2ème et 3ème recours.

Selon une étude, les patients souhaitent de la part de leur médecin généraliste :

- un accompagnement diététique avec pour objectif d'aider les familles à modifier durablement leurs habitudes alimentaires, en se référant aux repères nutritionnels du PNNS pour l'enfant et l'adolescent. Les régimes dits amaigrissants sont déconseillés et aucun aliment ne doit faire l'objet d'interdiction.
- un accompagnement afin d'augmenter l'activité physique. Il est recommandé de pratiquer plus de 60 minutes d'activité physique quotidienne modérée à intense. Le médecin peut travailler à limiter la sédentarité, notamment les temps d'écran (hors visée scolaire).

Ils souhaitent de l'aide pour se fixer un objectif de poids réaliste, en respectant l'équilibre des rythmes de vie de la famille (91)(92).

En outre, le médecin peut proposer un accompagnement psychologique qui passe par une bonne alliance thérapeutique, avec une écoute active et de l'empathie. Il peut repérer des signes de souffrance psychique ou d'une psychopathologie. Il peut évaluer et renforcer la motivation de l'enfant et de sa famille afin de rendre la démarche plus durable et efficace. De même le médecin peut utiliser le renforcement positif et un soutien sans culpabilisation ou stigmatisation. Son attitude aura l'intérêt de renforcer les compétences parentales et donner une cohérence éducative (27).

S'il n'a pas le temps disponible pour ces accompagnements, le médecin généraliste est invité à constituer un réseau de proximité avec des professionnels de santé compétents dans le domaine de la prise en charge de l'obésité pédiatrique : diététicien, psychologue, éducateur spécialisé ou éducateur de jeunes enfants, assistant social, enseignant en activité physique adaptée...Des réseaux de prise en charge spécifique existent vers lesquels adresser les familles ou se mettre en lien avec des professionnels concernés : les RéPPoP, les CSO, les réseaux du Languedoc Roussillon.

En pratique, la prise en charge de premier recours est très inégale en fonction des médecins, de l'offre de soins disponible, du contexte socio-économique des patients, etc...

10- Rôle des parents

Le Code civil donne aux parents une certaine autorité qui correspond à un "ensemble de droits et de devoirs" (93). Les parents assurent l'éducation de l'enfant en l'aidant à se construire aux travers de ses relations, du développement de ses compétences, de son comportement... avec pour objectif son bien-être dont sa santé, tout en le respectant en tant que personne à part entière, jusqu'à sa majorité.

L'adjectif "parent" a pour définition "qui a quelque chose en commun avec". Le parent transmet une partie de ses valeurs et croyances à sa descendance, notamment ses habitudes de vie, ses choix et goûts alimentaires, son comportement alimentaire.

Les droits et devoirs des parents évoluent donc avec l'âge de l'enfant, notamment au moment de l'adolescence, puisque l'enfant pourra prétendre à plus d'autonomie et être associé aux décisions le concernant (94).

Les parents ont un rôle primordial dans la prise en charge de l'obésité car ils accompagnent leurs enfants dans leur développement et sont donc potentiellement des alliés des médecins pour mieux comprendre ces derniers et leurs faire passer des messages. Dans cette relation médecin/parents, le médecin guide les parents en retour pour qu'ils prennent soin au mieux de la santé de leur progéniture, jusqu'à ce que l'adolescent prenne progressivement la responsabilité de sa santé et soit complètement autonome.

II- OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Il semblerait que la prise en charge des problèmes de poids à tout âge soit déjà bien codifiée à travers des recommandations. Il existe néanmoins un fossé entre la théorie et la pratique réelle. Il n'est en effet pas toujours facile de mettre en application ces recommandations en médecine générale.

Comment les adolescents et leurs parents perçoivent cette prise en charge en pratique ? Quel est selon eux le rôle du médecin généraliste ?

Afin de répondre à ces questions et d'améliorer nos pratiques, **l'objectif principal de notre travail est de comprendre les raisons évoquées par les adolescents en surpoids ou obèses et leurs parents pour expliquer les difficultés de prise en charge des problèmes de poids de l'adolescent par les médecins généralistes.**

Notre objectif secondaire est de rechercher les attentes des adolescents et leurs parents vis-à-vis des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'obésité de leur enfant.

III- MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967) afin d'explorer des émotions, des comportements et des expériences personnelles vécues, en cohérence avec nos objectifs de recherche. Cette méthodologie donne accès à des informations qu'une étude quantitative n'aurait pas permis d'analyser.

Notre étude a été réalisée de façon prospective de mai 2019 à juillet 2019, dans les départements de l'Hérault et du Gard.

2. Population

2.1. Les adolescents

2.1.1. Critères d'inclusion

- Adolescent âgé de 10 à 19 ans
- Tout sexe confondu
- Issu de tous types de schémas familiaux et tous milieux sociaux
- Comprenant la langue française, et habilité à lire et écrire
- En situation de surpoids ou obésité définis par l'OMS et les courbes de corpulence du Programme National Nutrition Santé 4 : IMC \geq seuil IOTF-25 pour les moins de 18 ans (surpoids) ; IMC \geq seuil IOTF-30 pour les moins de 18 ans (obésité) ; IMC $>$ 25 kg/m² pour les plus de 18 ans (surpoids) ; IMC $>$ 30kg/m² pour les plus de 18 ans (obésité)
- Ayant une obésité commune (et non secondaire)
- En échec de prise en charge (critères subjectifs, absence de consensus) :
- Prise de poids continue depuis plusieurs mois
- OU - Tentatives de modifications du mode de vie dans le but de perdre ou stabiliser le poids mais sans les résultats attendus, selon l'adolescent et/ou les parents
- OU - Tentatives de modifications du mode de vie mais non maintenues dans le temps entraînant une stagnation (si perte de poids attendue pour les plus de 18 ans) voire une prise de poids (si stagnation de poids attendue).
- OU - Rencontres avec des professionnels de santé ou réseaux de santé sans modification du mode de vie mise en place, ou effets négatifs (sentiment d'être jugés, stigmatisés...)
- Adolescent domicilié en Occitanie

- Participation concomitante d'au moins un des 2 parents et de l'adolescent
- Consentement obligatoire oral ou écrit des détenteurs de l'autorité parentale

2.1.2. Critères d'exclusion

- Ne parlant pas français, ne sachant pas lire ni écrire
- Adolescent sans accord parental ou participation des parents.
- Ayant une obésité secondaire
- En réussite de prise en charge du poids

2.2. Les parents

2.2.1. Critères d'inclusion

- Parent (ou détenteur de l'autorité parentale) d'un adolescent qui répond aux critères d'inclusion de la population suscitée
- Domicilié en Occitanie
- Donnant son consentement obligatoire écrit

2.2.2. Critères d'exclusion

- Ne parlant pas français, ne sachant ni lire ni écrire
- Parent sans participation de leur adolescent.
- Parent d'un adolescent qui ne répond pas aux critères d'inclusion de la population suscitée

3. Recrutement

Nous avons recruté les adolescents et leurs parents de différentes façons :

- Mise en relation directe lors de consultation de médecine générale ou en centre hospitalier entre les enquêtrices et les familles.
- Mise en relation indirecte par un médecin généraliste qui a proposé la participation à notre étude et nous a ensuite donné les coordonnées de patients qui acceptaient de participer.
- Suite à la communication d'une liste d'adolescents répondant à nos critères d'inclusion et appartenant aux réseaux Croque Santé à Béziers et ROIBAL à Alès par les responsables de ces réseaux, nous avons pu les joindre par téléphone et leur proposer de participer à notre étude.

Les entretiens se sont déroulés sur la base du volontariat, de façon anonyme et sans contrepartie.

C'est la saturation des données qui nous a permis de définir le nombre d'entretiens réalisés.

4. Entretiens semi-directifs

Nous avons effectué des entretiens semi-directifs, basés sur des guides d'entretien validés par un comité de relecteurs composés de psychologues, diététiciennes et médecins.

Nous avons 2 guides d'entretien distincts, un pour chaque population (adolescent/parents) avec des niveaux de langage adaptés. Les 2 guides d'entretien comportaient des questions ouvertes, neutres, simples et faciles à comprendre afin de recueillir les opinions et le vécu des différentes populations interrogées.

Les guides d'entretien ont été réévalués après les premières rencontres et nous ont semblé adaptés pour répondre à nos objectifs. Seules les relances après questions ouvertes, en particulier avec la population des adolescents, ont été augmentées.

Les entretiens se sont déroulés en face à face, au domicile des familles ou dans des centres hospitaliers.

Les date et lieu de rendez-vous ont été fixés en accord avec les familles afin que ce soit le plus pratique et confortable pour eux de répondre à nos questions.

Nous avons utilisé des dictaphones pour enregistrer les entretiens. Ces derniers ont été retranscrits sur nos ordinateurs avant d'être supprimés.

Dans un premier temps, une lettre d'informations qui rappelait le but et le déroulé de l'étude était distribuée aux parents avant le début des enregistrements et nous leurs demandions de signer un consentement écrit afin d'autoriser l'exploitation des données de l'entretien de l'adolescent (mineur). La garantie de confidentialité et d'anonymat était rappelée.

Dans un second temps, la première enquêtrice s'isolait dans un lieu calme avec l'adolescent afin de réaliser l'entretien pendant que la seconde enquêtrice procédait à l'entretien avec le ou les parents dans une pièce indépendante. Les entretiens ont eu lieu, dans la mesure du possible, de façon simultanée.

La première enquêtrice insistait auprès de l'adolescent sur le fait qu'il pouvait arrêter l'entretien à tout moment et ne pas répondre à certaines questions. Il lui a été précisé que les données ne seraient pas entendues ni relues par ses parents. Enfin, il lui était indiqué qu'il n'y avait aucun jugement sur les propos recueillis.

Les enquêtrices ont toujours recueilli les réponses de la même population : propos des adolescents par Ashley, ceux des parents par Angéline.

Dans un dernier temps, nous demandions, toujours de façon isolée, à chaque population de répondre à des questions fermées nous permettant de recueillir les caractéristiques de ces populations.

Annexe 6 : Lettre d'information et consentement

Annexes 7 et 8 : Guides d'entretien Parents et Adolescents

5. Analyse des données

Les données ont été analysées selon la méthode verbatim le plus rapidement possible après les entretiens.

Les communications verbale et non verbale étaient retranscrites le plus fidèlement possible afin de garantir la validité externe de l'analyse des données.

Les verbatim de chaque population ont été codés par l'enquêtrice qui a réalisé les entretiens sur un document Word.

Nous avons numéroté les verbatim des adolescents de A1 à A14 et ceux des parents de P1 à P14.

Une triangulation des 2 enquêtrices a été réalisée par croisement d'analyses.

Afin de procéder à une analyse par théorisation ancrée, nous avons réalisé une codification des données, une catégorisation, une mise en relation, une intégration qui permet de dépasser les différents phénomènes observés pour voir émerger un phénomène général, puis à une modélisation et une théorisation (95)(96).

IV- RÉSULTATS

1. Caractéristiques des deux populations

1.1. Les adolescents

5 entretiens ont été réalisés en centre hospitalier et 9 entretiens à domicile.

Après une saturation des données, 14 entretiens d'adolescents ont été réalisés. L'échantillon comprenait 9 filles et 5 garçons. La plus jeune avait 10 ans et les trois plus âgés avaient 19 ans.

Tous les adolescents étaient domiciliés chez leurs parents :

7 adolescents vivaient avec leur père et leur mère.

3 adolescents n'étaient que chez leur mère (une dont le père est décédé).

3 adolescents étaient en garde alternée dont 1 en famille d'accueil.

1 adolescent vivait chez son père.

L'adolescente en niveau élémentaire était en classe ULIS (Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire). Parmi les 8 en niveau collège, 1 adolescent avait redoublé, 1 était en classe ULIS et 2 adolescents étaient en SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel adapté). Au niveau lycée, 1 adolescent était en Seconde Bac Professionnel (agriculture), 1 adolescent était en Terminale STG, 1 avait un niveau CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle) en recherche de formation et 1 en cursus général. Il y avait 2 Post-BAC : 1 en 2^{ème} année de BTS Management et 1 en PACES.

Les mesures anthropométriques étaient renseignées soit par le médecin généraliste, soit directement par le réseau de santé avec qui nous étions en contact, ou via le dossier médical informatique du centre hospitalier dont ils étaient issus.

L'IMC moyen des adolescents était de 30,28 kg/m² et tous les adolescents étaient au-dessus de l'IOTF 97^{ème} percentile selon les courbes de corpulence de référence en France.

Parmi les filles, 2 étaient en surpoids et 7 étaient en situation d'obésité.

Parmi les garçons, 1 était en surpoids et 4 en en situation d'obésité.

1 adolescente était traitée pour une épilepsie. Nous avons pris soin de vérifier auprès de son médecin généraliste qu'il ne s'agissait pas d'une obésité secondaire ; celui-ci nous a bien confirmé que la prise de poids avait commencé bien avant l'introduction du traitement antiépileptique. 1 adolescent avait un TDHA (Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité) en cours de traitement. 1 adolescente avait une dyschondrostéose de Léri Weill (connue sous le nom de Maladie de SHOX). 1 autre adolescent avait un syndrome dépressif en cours de traitement. 2 adolescents avaient de

l'asthme avec un traitement au long cours. Le diagnostic de TCA, de type boulimie hyperphagique a été posé dans l'enfance pour 2 adolescentes, qui n'en sont plus atteintes actuellement. Enfin 2 adolescents avaient un trouble des fonctions intellectuelles dont 1 était limité dans le langage par une dysarthrie.

La fréquence des consultations chez leur médecin généraliste pour un problème autre que le poids était très variable :

4 adolescents consultent en moyenne 1 à 2 fois par mois.

2 adolescents consultent en moyenne 2 à 3 fois par mois.

2 adolescents consultent en moyenne 5 fois par an.

4 adolescents consultent en moyenne 3 à 4 fois par an.

2 adolescents déclarent consulter en moyenne une ou 2 fois par an.

Enfin, 1 adolescente avait un suivi nutritionnel à l'Institut Saint-Pierre à Palavas Les Flots, 3 adolescents étaient suivis par le réseau Croque Santé de Béziers, 1 adolescente était suivie par le Réseau Obésité Infantile du Bassin Alésien. 1 adolescente venait d'arrêter son suivi au CSO de Montpellier. Les 8 autres adolescents n'avaient aucun suivi spécialisé.

Annexe 9 : Caractéristiques de la population Adolescents

1.2. Les parents

4 entretiens ont été réalisés en centre hospitalier et 11 entretiens au domicile des familles.

16 parents ont accepté de participer à notre étude : 14 entretiens en individuel et 1 entretien qui a commencé avec la mère seule, rejointe par son mari rentrant du travail, donc un entretien commun pour la 2ème moitié des questions (P12 mère et père).

Nous avons comptabilisé 14 mères et 2 pères seulement. Un couple de personnes divorcées a répondu séparément aux questions de l'entretien (P10 mère et père).

Les parents avaient entre 36 et 58 ans.

6 parents vivaient seuls. 10 vivaient en couple ou mariés.

2 parents étaient sans emploi, 11 employés (agent administratif, auxiliaire puéricultrice...) et de professions intermédiaires (professeurs des écoles, agent de maîtrise...), 3 cadres.

3 parents vivaient en milieu rural, 8 en milieu semi-rural et 5 en milieu urbain.

5 parents n'avaient qu'un enfant à charge. 5 parents en avaient 2 et 6 parents au-delà de 3 à charge.

5 parents avaient leur unique enfant à charge en situation de surpoids ou d'obésité.

4 parents avaient un seul enfant en surpoids ou obèses sur des fratries de 2 à 4 enfants à charge.

6 parents avaient 2 enfants en surpoids ou obèses sur des fratries de 2 à 6 enfants à charge.

1 famille avait 3 enfants en surpoids ou obèse sur une fratrie de 5 enfants à charge.

Ayant des IMC actuels allant de 22,9 kg/m² à 44,4 kg/m² :

3 des parents étaient considérés de poids normal avec un IMC <25 kg/m².

7 étaient considérés en surpoids avec un IMC entre 25 et 30 kg/m².

3 étaient considérés comme atteints d'obésité de grade 1, IMC entre 30 et 35 kg/m².

2 étaient considérés comme atteints d'obésité de grade 2, IMC entre 35 et 40 kg/m².

1 était considéré comme atteint d'obésité de grade 3, IMC > 40 kg/m².

Les parents ont rapporté leur IMC maximal dans leur vie :

1 seul des parents a maintenu un poids normal avec un IMC <25 kg/m².

2 parents ont été en surpoids avant de retrouver un poids "normal".

3 parents sur 7 en surpoids actuellement ont connu des situations d'obésité de grade 1 ou 2.

1 parent sur 3 en obésité de grade 1 actuellement a connu une situation d'obésité de grade 3.

Les parents en situation d'obésité de grade 2 et 3 étaient à leur grade maximal d'obésité.

Pour 6 des 16 parents, leur poids actuel correspondait à leur poids maximal dans leur vie.

4 parents ne rapportaient aucun antécédent de surpoids ou d'obésité dans la famille.

3 parents consultaient le médecin généraliste 1 fois par an pour des problèmes autres que le poids de leur enfant, 3 parents le consultaient 3-4 fois par an en moyenne et 7 le consultaient tous les mois. 3 des parents expliquaient que leur adolescent consultait seul le médecin.

Annexe 10 : Caractéristiques de la population Parents

2. Analyse des résultats des adolescents

2.1. Représentations du surpoids et de l'obésité par les adolescents

Les adolescents perçoivent le surpoids et l'obésité comme deux variables qui s'écartent d'une norme.

" Hmm...bah c'est quand on est un peu plus que la normalité." A4

"c'est quand on a un poids qui est plus élevé que normalement " A5

"C'est.. Euh, par rapport à notre poids de forme, on est trop... on a trop de kilos" A10

"Euh.. Pour moi le surpoids, c'est d'avoir du poids un peu hors de la norme médicale, par exemple de l'IMC, euh..parce que l'IMC en fait ça va nous définir une norme de poids à respecter et du coup bah.. C'est tout ce qui est hors norme médicale je dirais" A12

"Bah.. c'est quelque chose qui n'est pas normal dans la croissance.." A13

Obésité et surpoids ne sont pas forcément dissociés l'un de l'autre.

"Pour moi, les deux veulent dire la même chose, c'est plus que la norme par rapport au poids " A10

"Pour moi, l'obésité et le surpoids, ça va de pair." A14

L'obésité et le surpoids sont définis plus précisément par d'autres en les rapportant au poids et à la taille, à un âge donné.

"Bah... C'est pas le poids qu'on devrait avoir normalement, à l'âge qu'on a et la taille qu'on fait" A6

"Et puis, aussi, sur les courbes, on voit que le poids monte trop vite par rapport à la taille" A5

"C'est vraiment qu'on a un IMC ou une IMC, je sais pas comment on dit, qui est trop élevé par rapport à sa taille, et par rapport à sa charge pondérale" A14

Alors que certains adolescents caractérisent l'obésité et le surpoids par rapport à une variable théorique, d'autres se basent sur une conception plus visuelle.

"Par rapport au niveau visuel, comparé à quelqu'un de normal ou svelt, c'est différent car y a des bourrelets il y a les poignets d'amour" ; "c'est quelque chose qui ... Comment dire... qui se remarque facilement je trouve. Même quand je regarde d'autres

personnes, qui n'ont pas l'air forcément en surpoids car ils mettent des vêtements amples" A1

"Hmmm..c'est physiquement être ronde "A2

"Hmm en fait, le surpoids c'est un demi-rond, et l'obésité ça veut dire rond entier"

A3

L'obésité est admise comme étant une maladie liée à des difficultés avec l'alimentation mais aussi liée à des problèmes psychologiques.

"hmm...C'est une maladie... C'est en fait qu'on mange un peu plus" A8

"c'est quand t'arrives pas trop à gérer la nourriture et que t'essayes de faire attention mais tu as des difficultés avec la nourriture. Et l'obésité, c'est vraiment que t'es, tu fais vraiment pas attention à toi et que... Tout ce que tu vas voir, tu vas le manger. Parce que tu es... Ou pas bien dans ta tête, ou dans ton physique, ou quelque chose qui ne va pas bien. Et au lieu de te réfugier dans quelque chose d'autre, au lieu d'en parler tu vas plus aller manger" A11

Ces deux termes ne sont pas si évidents à définir ni connus par tous les adolescents.

"La question dure !"A4

"hmm... je sais pas..."A9

"Bah je connais pas l'obésité... Le surpoids, je connais pas non plus. Je sais juste le poids que je fais d'habitude"A7

L'obésité est assimilée aux conséquences qu'elle entraîne pour la santé et son impact social, voire une fatalité difficile à surmonter.

"Aussi, puisque je l'ai vécu, il y a des difficultés à faire du sport. Certaines choses sont beaucoup plus difficiles que d'autres. Par exemple, faire de la course d'endurance, tout ça.." ; "quand on les regarde physiquement parlant, ils ont peur du regard de l'autre et de ce qu'on va pouvoir dire sur eux et ça encore plus à l'école" ;"on peut faire une descente aux enfers.. facilement. Et après pour revenir dessus, sur ce qui a été fait, et ce qui s'est dégradé c'est très difficile"A1

"C'est physiquement être ronde, avoir des problèmes de santé par rapport à l'essoufflement...voilà..." A2

"on voit que le poids monte trop vite par rapport à la taille et là du coup ça peut entraîner des problèmes"A5

“On se sent lourd. On n’est pas vraiment souple dans ce qu’on fait, tout ça... Faire du sport par exemple... Les craintes de se casser...” A8

“ça va faire plus de problèmes” A11

“l’obésité c’est encore plus hors norme je dirais.. encore plus de poids, et du coup plus de contraintes et plus de complications après... “; “quand on est obèse on va être plus amené à se priver de faire des choses.. par exemple aller à la plage ou même porter des choses que personnes pourraient porter. Et après complications. Complications médicales parce que si on est obèse on peut avoir des problèmes de l’appareil respiratoire, des problèmes d’asthme, d’hypertension tout ça.. Du coup..ça amène à.. c’est beaucoup de négatifs cette maladie” A12

“ faut pas en abuser car ça peut entraîner des maladies comme là j’ai une amie, elle aussi ça lui est arrivé et là elle a le diabète” ; “et puis le surpoids qui monte, qui monte et après vraiment on a du mal après à s’en débarrasser “ ; “Depuis que je suis bébé, ça m’est arrivé, on ne sait pas pourquoi ni comment, pourtant je fais beaucoup d’efforts. “A13

“ça paraît bête hein, mais pour aller s’habiller, pour sortir, marcher longtemps tout ça, au bout d’un moment je m’essouffle très vite et on ne peut pas s’habiller non plus comme on veut. “; “Même d’un point de vu santé. Je pense que si j’avais moins de kilos tout ça, je vivrai mieux le jour le jour. “A14

2.2. Perception et vécu des adolescents vis-à-vis de leur surpoids ou leur obésité

La plupart des adolescents ont conscience du problème de poids, mais le terme « obèse » est difficilement verbalisé spontanément.

“Ben..Je sais que je suis en surpoids mais beaucoup !” ; “Et je sais que pour quelqu’un de mon âge et de ma taille. Je ne suis absolument pas dans le cadre “A1

“Je pense qu’il est beaucoup trop élevé pour mon âge... Et pour ma taille aussi... “ A2

“Hmm..non même plus. Quand je regarde la balance quand je suis dessus, je pense que je suis un peu plus que la moitié d’un cercle “ A3

“Hmm.. je suis un peu en surpoids.. en obésité ?.. je sais pas.. “ A8

“Je pense que.. oui, j’ai beaucoup trop de poids en ce moment ! “ A10

L'entrée à l'école a été la révélation mais vécue aussi comme une rupture avec l'insouciance de la petite enfance.

"Bah disons que avant...comment dire... je n'en avais pas beaucoup conscience, je m'en tapais un peu même : disons que pour moi quand j'étais petit j'étais normal, j'étais un enfant et je voulais m'amuser avec les autres" ; "à cette période là quand j'étais petit à prendre un peu de poids, plus que la normale, ça m'a joué des tours " A1

Certains adolescents sont dans le déni. Pour d'autres, il ne s'agit pas d'une préoccupation majeure. La pression médicale, familiale ou sociale vient alors interférer avec l'opinion personnelle que l'adolescent porte sur lui-même.

"Donc du coup, je ne comprenais pas pourquoi on s'attaquait à moi de base puis après je me suis posé beaucoup de questions, je me suis questionné sur moi-même, pour savoir si c'était moi qui avait fait des erreurs " ; "Ce n'est qu'un physique" A1

"Hmm... pour l'instant ça va. Je pense que je suis dans la norme ça va." A4

"Bah... je sais qu'il faut je perde un peu de poids... c'est tout. "A7

"Bah, je sais pas ...enfin... moi j'ai un corps ça va... enfin des fois j'ai des difficultés mais euh sinon j'arrive à faire attention, j'essaye de me gérer toute seule "A11

"Euh...bah moi... (rire un peu gêné) je pensais pas que j'étais obèse.. je pensais que j'étais plus en surpoids "A12

"Enfin moi, même si j'en ai, enfin moi mon corps il ne me dérange pas !"; "enfin moi, je m'en fiche un peu. Après j'ai pas une énorme obésité, ça va ! moi, je suis très bien dans mon corps" ; "mon poids il me dérange pas spécialement (rire), moi ça me dérange pas, je suis bien comme je suis" A13

Heureusement, grâce à la réassurance du médecin, l'adolescent comprend qu'il est encore en pleine croissance et que son poids peut toujours évoluer.

"Bah.. moi je ne suis pas encore dans l'obésité, je suis encore en surpoids mais mon médecin m'a dit que si je continue à grandir, je vais récupérer une corpulence à peu près normale.. ce n'est pas très gênant pour l'instant et ce n'est pas non plus...enfin.. je pense me rattraper ! et si je fais des efforts ça ne devrait pas être trop embêtant pour la suite " A5

"J'ai quand même un surpoids.. et je pourrai le changer ! "A6

Face aux harcèlements presque omniprésents, l'adolescent se protège en se forgeant une carapace. L'alimentation devient alors soit un refuge ou à l'inverse une manière de riposter.

“même si je sais qu'il faut que je perde, avec le regard des autres et même leurs propos comme les insultes “t'es gros”, “t'es moche”, tout ça.. je m'en fous maintenant. Ce n'est qu'un physique et même si ces personnes disent ça parce qu'elles sont sveltes, même elles peuvent un jour tomber dans cette obésité et c'est très facile. “A1

“Je me faisais maltraiter à l'école.. Et du coup..la nourriture ça m'aidait ! je ne sais pas en quoi, mais ça m'aidait ! “; “ On m'insultait, on me disait que j'étais grosse et.. quand je mangeais, je leur montrais que je m'en foutais royalement que j'étais grosse.” A3

“Pourtant je ne grignote pas mais bon, manger ça me reconforte “A8

”donc on se dit ça y est on est stigmatisé, on est un peu une merde, je vous le dis clairement désolé. Et donc on se dit “bah voilà, je vais continuer à bouffer parce que ça ne sert à rien” A10

“je me faisais déjà harceler sur mon physique car je n'étais pas très jolie. J'avais..oui, je n'étais pas très belle. Je me faisais harceler...”A11

”y'avait un groupe de garçons qui s'acharnait sur moi et en fait j'ai perdu énormément de poids » ; Et à partir de là, comme à des moments j'avais des moments de faiblesse, je me réfugiais dans la bouffe “A14

Plus haut, nous avons détaillé toutes les conséquences possibles du surpoids ou de l'obésité à l'adolescence. Finalement, c'est surtout le mal-être ou le manque de confiance en soi qui retentit dans la vie de ces jeunes.

“je ne me sens pas à l'aise dans mon corps. Je manque de confiance en moi et d'estime de moi-même à cause de ça... “A2

“J'en pleurais. Maintenant, comme disent mes amis, ça peut passer au-dessus de la tête quand ce sont des petits mots. Mais si ce sont des gros mots bah...ça peut quand même me faire pleurer “ A3

“Et je pense que oui, c'est une contrainte dans la vie de tous les jours.” ; “j'essaye de ne plus m'en préoccuper parce qu'après ça devient obsessionnel mais oui, par exemple à la plage même si les autres ils s'en foutent, moi dans ma tête on me juge. “ A12

“Après c'est sûr que même si mon entourage m'aime, m'aime comme je suis, je n'aime pas comme je suis et mon poids me dérange.” ; “Aujourd'hui je le vis bien...mais

pour les yeux des autres et tout ça. Mais à l'intérieur de moi-même, je ne le vis pas forcément bien. " A14

2.3. Explications évoquées par les adolescents en lien avec l'échec de la prise en charge antérieure avec leur médecin

L'insuffisance de motivation, le sentiment d'incapacité ou la peur d'un nouvel échec sont les principales raisons formulées qui ont pu limiter la stabilisation du poids.

"malheureusement je me suis laissé aller et je mangeais finalement comme si je faisais l'activité sportive " ; "Je sais que si je m'étais pas laissé aller par la routine, je pense que j'aurai été plus... (il me montre son petit doigt) "A1

"C'était sûrement un manque de volonté..." A2

"Pour moi, je n'ai pas assez de force pour essayer et réessayer. Pour moi, j'abandonne et je ne veux pas revenir sur mes pas. J'avance et je ne reviens pas en arrière" A3

"Hmm... parce que c'est trop compliqué." A9

"et puis ça fait plus de chagrin en voyant que tu fais des efforts et ça suffit pas" A13

Ces freins sont associés au fait que la décision initiale de prise en charge ne provenait pas d'eux-mêmes.

"C'était sûrement un manque de volonté...c'était pas toujours moi qui décidais. Au début c'était surtout ma mère quand j'étais jeune."; "En fait, ça m'a un peu dégoûtée de tout ce qui est régime tout ça.. la restriction tout ça..." A2

"Oui, mais j'étais forcée. " A8

Une prise en charge trop stricte et non personnalisée ne peut faire avancer l'adolescent dans sa démarche.

"Mais je pense aussi que c'était des régimes qui étaient fait pour tout le monde. Ce n'était pas personnalisé. Enfin moi, c'est ce que je trouvais... ce n'était pas forcément par rapport à ce qu'on aimait. C'était vraiment une globalité pour ceux qui devaient perdre beaucoup de poids, et ce qui devaient en perdre moins...enfin...C'était carré quoi" A14

Aussi, l'adolescent a le sentiment d'être mis à l'écart par rapport à sa fratrie.

“J’ai essayé de les appliquer ! mais vu que mes frères ne peuvent pas se priver par rapport à moi, et tous les jours je voyais des gâteaux sur la table... et moi j’avais juste droit à une tartine” A3

“mais je ne les regarde pas” A7

Il est difficile pour l’adolescent d’identifier les les freins à la stabilisation du poids lorsque celui-ci n’est pas considéré comme un problème ou plutôt jugé résolu.

“Bah en fait, c’est à peu près stable je trouve...ça va. “A4

L’échec des prises en charge essayées est attribué à des facteurs externes encore présents comme les conflits familiaux, la dépression ou des anciens automatismes difficiles à supprimer.

“C’est surtout lié à la dépression. C’est un méli-mélo. La dépression amène à l’obésité. Enfin dans mon cas hein ! Donc amène à l’obésité, qui amène à la solitude.. parce que je suis gêné moi-même.. donc du coup ça amène encore une fois à être pas bien et donc à manger toujours plus... c’est là où on est dans un cercle vicieux. “A10

“C’est le harcèlement et puis les problèmes avec la famille, surtout en ce moment. J’arrive à écouter ma satiété mais bon c’est compliqué à côté quoi.” A11

“Bah.. du coup.. bah je dirais que c’est parce que je me restreins encore, j’ai encore les séquelles de l’anorexie. En fait c’est un réflexe de me restreindre et c’est pas un fait dûment réfléchi” A12

Enfin, aucune explication n’est retrouvée par l’adolescent. Il peut même être désorienté par certains messages transmis par le corps médical.

“J’ai pas trop trop l’impression après que tout ça soit lié. Dans la vie de tous les jours, je n’ai pas l’impression de manger plus quand je suis triste. Peut-être que je le fais, mais je n’ai pas cette impression...” ; “Oui, à Palavas (Ndlr : Institut Saint Pierre), on avait évoqué cette possibilité... Mais j’avoue que la psychologue que j’avais vu.. je n’ai pas accroché avec elle.” ; “Bah.. des fois je n’ai pas trop le moral mais je ne fais pas de lien avec l’alimentation.” A5

“Bah...non pas forcément. Je sais pas trop comment expliquer” A13

2.4. Idées envisagées actuellement par les adolescents pour essayer une stabilisation ou une perte de poids

Les adolescents estiment que c'est leur comportement face à l'alimentation qui permettra une stabilisation du poids : allant de la réduction des quantités, à un rééquilibrage alimentaire, en passant par l'élimination de produits jugés trop caloriques. Certains ont déjà la notion d'une alimentation plus intuitive basée sur l'écoute de leurs sensations alimentaires.

"Oui, je veux écouter ma faim... surtout !" ; "apprendre à écouter et connaître mon corps" A2

"Bah j'ai compris qu'il fallait mieux manger de tout, qu'une seule chose." ; "Non juste ça, juste l'alimentation qu'il faut que je change " A4

"Hmm c'est difficile, mais déjà il faudrait que je mange plus doucement. Euh... éviter aussi de me resservir tout le temps "A 5

"Je suis entrain de le faire que maintenant.. je ne mange plus de bonbons, plus de cochonneries, enfin plus de trucs sucrés " A6

"Euh...ça me va d'arrêter les bonbons, les gâteaux, les bonbecs, les trucs comme ça. Et boire que de l'eau" A7

"En fait maintenant je vais essayer de manger lorsque j'ai faim et de m'arrêter lorsque je n'ai plus faim, lorsque j'arrive à satiété. Et ça c'est très compliqué de savoir ça. De se rendre compte de ça... "A10

"bah... manger moins. Ne plus manger les choses très sucrées. Les sodas, à éviter. Et après bah manger moins vite et si j'ai plus faim je mange pas. En fait sentir ce que notre corps il nous demande et pas en abuser trop en fait. " ; "je mange pas plus comme avant. Je mange comme j'ai envie, à ma faim. " A 13

"Après continuer à tester ma faim (sourire) et donc gérer les quantités. Mais ça c'est plus difficile !" A14

Lorsque l'activité physique est évoquée par les adolescents, elle est perçue pour certains comme un effort voire une contrainte, plutôt qu'un plaisir à intégrer dans la vie quotidienne.

"j'essaye de faire plus d'activité physique tout en trouvant le temps entre les études, les pompiers, et ma vie normale" ; "m'occuper du jardin...bref les activités normales ce qui prend une bonne partie du temps "A1

"En fait, j'ai déjà essayé plein de sports mais je n'en aime aucun " A6

"Des fois, des sorties, dont une que j'aime pas.. à la piscine" A7

Encore une fois, l'adolescent peut être partagé entre les conseils donnés par les médecins et les idées véhiculées par les parents.

“Après mon père, il dit que les 5 fruits et légumes par jour c'est bien, mais c'est pas tout le monde qui est fait pour ça ! Pour certaines personnes, ça peut leurs faire prendre du poids de manger 5 fruits et légumes par jour et d'autres ce n'est pas suffisant.. Donc mettre des normes ce n'est pas forcément bien.” A5

Aucune issue ne peut être imaginée par certains adolescents.

“Non, mais s'il y a des personnes qui me donnent des conseils j'essaierais.” A3

“Non pas trop... après avec ma famille je leur parle mais bon, mon père est rentré en prison et ma mère on n'est jamais d'accord.” A11

“Non, je n'avais pas d'idées...” A12

La chirurgie bariatrique peut sembler être la seule solution restante, lorsque l'adolescent a l'impression d'avoir tout tenté et fourni le maximum d'efforts.

“Oui, j'ai déjà fait des régimes, ça n'a pas marché. Donc pour moi maintenant, c'est l'opération.” ; “Oui pour moi c'est la seule.” A8

2.5. Point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin généraliste

Lorsqu'un authentique lien affectif s'est tissé entre l'adolescent et son médecin généraliste, le sujet du poids est plus facilement abordé en consultation.

“Je n'ai pas de problème avec mon médecin généraliste” ; “je trouve qu'il faut être franc avec son médecin parce qu'au moins il pourra bien nous renseigner...nous rediriger vers des activités ou peut-être des choses à faire qui sont intéressantes pour perdre du poids “ A1

“elle est très gentille” ; “Et puis de temps en temps, elle fait sortir mon père ou ma mère...” A5

Au contraire, connaître le médecin généraliste depuis la petite enfance peut susciter une gêne de la part de l'adolescent qui n'osera donc pas parler de ce sujet avec lui.

“Oui c'est difficile, mais j'sais pas pourquoi...elle me connaît depuis que je suis tout bébé ! mais je sais pas..” A11

“Parce qu’en fait je le connais depuis toute petite et euh..c’est un sujet où j’avais du mal à m’exprimer dessus.” A12

Certains adolescents perçoivent leur médecin généraliste comme « donneur de leçons » à cause d’un discours trop moralisateur, culpabilisateur voire jugeant. Cette pression du médecin ressentie par l’adolescent génère un stress ou à l’inverse une désinvolture au moment de la consultation.

“déjà on se voyait toutes les semaines pour la pesée et pour voir si j’avais perdu du poids. Quand j’avais perdu du poids et qu’il y avait maman je lui disais dans son oreille “ce soir on fait péter le champagne” parce que j’étais contente !” A3

“Mais sinon, en général, quand il me faisait peser c’est ça qui me bouleversait “
A3

“Là j’avais pratiquement les larmes parce que...j’aime pas quand on me parle comme ça et surtout sur mon poids” A3

“Elle me dit “ce serait bien que tu continues de perdre, de perdre, de perdre encore” ; “je dis “ bah avec les chips, ça va pas être très facile, merci ” (rires)” A7

“la première, elle était très méchante avec moi. Elle était vraiment bah..elle me disait “ton poids ça va pas du tout”, j’étais petite en plus hein” ; “elle me grondait on va dire. Et si je ne revenais pas comme elle avait dit avec ce poids là. Bah je m’en prenais encore plus.” ; “Et avec mon frère et ma maman, elle était toute gentille tout ça. Et avec moi... bah.. ça ne marchait vraiment pas” A13

“quand je la voyais, c’était vraiment de la privation. Enfin, comme tous les régimes qu’on m’a déjà proposés, c’était vraiment de la privation et.. c’était pas non plus se faire plaisir en mangeant.” A14

Enfin, le médecin est considéré par d’autres comme simple prescripteur de médicaments, celui qui soigne les maux bénins, les problèmes de santé aigus du quotidien.

“Son rôle c’est voir si je vais bien ou si je vais pas bien. Quand je ne vais pas bien il me donne les papiers et voilà “A8

“Et avec elle, j’aimerais plutôt parler de tout ce qui est : mes maladies.. et tout ça. Et pas de ça.” A13

2.6. Difficultés exprimées par les adolescents pour aborder le sujet du poids avec leur médecin généraliste

Le médecin généraliste est considéré pour certains adolescents comme “monsieur tout le monde”, c’est à dire quelqu’un qui pourrait juger, stigmatiser et ne pas les comprendre.

“C’est pas que lui en fait... c’est par rapport à tout le monde. “; “j’ai peur qu’il me juge. “ A2

“Avec tout le monde. C’est trop dur. Mais avec mon médecin c’est aussi difficile et je ne sais pas pourquoi...ça ne sort pas...” ; “Quand il m’a dit “ce n’est pas pour moi que je le dis, c’est pour toi ! Si tu as envie d’être grosse, si tu pèses 100 kilos ce n’est pas mon problème ! moi je m’en fous royalement...” A3

“Oui, toujours en fait. Avec elle, j’ai été toujours gênée de parler ça car j’avais peur qu’elle me juge, j’avais peur qu’elle ne m’aide pas à avancer sur le droit chemin et qu’elle ne m’aide pas à atteindre un objectif “ A14

Les régimes sont vécus comme des échecs par les adolescents. Il se peut qu’ils appréhendent les visites chez leur médecin généraliste par peur d’entendre à nouveau des directives restrictives qu’ils ne pourraient probablement pas suivre. Le sentiment de défaite ne ferait alors qu’accentuer leur mésestime d’eux-mêmes.

“et puis j’ai fait beaucoup de régime...ça fait que j’ai peur qu’il m’en repropose un “; “je ne saurais pas si je dois dire oui ou je dois dire non...Ca sera encore un échec...car pour moi c’est un échec de ne pas réussir à maigrir. “ A2

“Elle voulait me faire faire un régime, tout ça, mais ma mère n’a pas été d’accord “; “je sais pas comment expliquer mais elle était vraiment méchante. “Et même moi, je faisais des efforts, mais elle ne les acceptait pas ni rien. Elle voulait absolument que je fasse du régime, du régime et du régime.” A13

Certains adolescents confient qu’ils n’osent pas amorcer la discussion à ce sujet. Pourtant, ils n’en seraient pas moins réfractaires si leur médecin généraliste engageait cette conversation.

“Non c’est pas difficile mais c’est juste qu’on n’a pas eu l’occasion d’en parler.“ ; “ça dépend s’il me demande. Ca ne me dérangerait pas. Mais de moi-même je ne vais pas lui en parler” A4

“Bah avant, mon médecin ne m’en parlait pas. J’allais le voir mais voilà... Je sais pas, il m’en parlait pas.” A6

*“Je ne pense pas à en parler. Parce que si on ne m’en parle pas, je n’en parle pas”
A11*

La prise en charge de l’obésité chez l’adolescent peut être vécue comme contraignante, oppressante voire humiliante parfois. Si le moment choisi pour finalement en parler n’est pas le bon, l’adolescent se repliera sur lui-même ne laissant pas la place à la confiance.

“Je me sens...normale, un peu. Mais bon ça me saoule. Je fais plein d’aller-retours quand je vais la voir” ; “Bof, juste que ça me saoule “ A7

“Bah quand il m’a demandé pour la boulimie j’avais juste dit “oui” ; parce que je pense que mon “oui” était un peu ferme. (rire). Il a compris que ce n’était pas le bon moment d’en parler là. Il est compréhensif, c’est vraiment un bon médecin je trouve.” A12

“Elle me disait “ton poids ça va pas du tout”, j’étais petite en plus hein. “ A13

L’adolescent qui se trouve face à son médecin qui ne prend pas le temps d’écouter ou d’examiner, ne se sent pas à l’aise. Le sujet du poids sera ainsi facilement occulté.

“Oui un peu...parce que ça me gêne” ; “Parce qu’il parle pas beaucoup... C’est vite fait ses consultations à chaque fois” A9

Le médecin généraliste est aussi considéré comme celui qui n’a pas sa place dans la prise en charge du poids. L’adolescent ne voit donc pas la nécessité d’en parler avec lui.

“Parce que j’ai d’autres médecins. Enfin j’en parle à d’autres personnes. J’ai aussi mon psychologue. “A10

“Il ne m’en a pas parlé... Quand je vais le voir, c’est pour autre chose “A11

“je trouve que c’est pas quelque chose qui le concerne le plus. Enfin plutôt ma santé, dans le sens je vais bien, j’ai pas de maladie tout ça... mais ça, je pense que je dois plutôt voir avec ma diététicienne et ma psychologue” ; “ pour moi, elle n’était pas...elle ne fait pas partie du réseau. Enfin si, elle fait partie du réseau (lève les yeux au ciel) mais pour moi, elle ne fait pas partie du réseau” A13

2.7. Difficultés du médecin généraliste face à l'adolescent en surpoids ou obèse : raisons exposées par les adolescents

Selon la plupart des adolescents, le médecin généraliste n'a pas l'expérience nécessaire ou les compétences requises pour pouvoir gérer cette problématique complexe. Ce n'est pas son rôle.

"Même mon médecin, qui a été formé en fac de médecine, quand il passe sur du concret sur la personne, ce qui va être différent de ce qu'il a vu c'est le poids " A1

"Il a sûrement du mal à comprendre ou alors peut-être qu'il n'est pas...il ne sait pas comment faire car il n'a jamais été confronté à ça" A2

"parce que je vais le voir quand j'ai mal quelque part. Mon surpoids c'est pas lui qui va s'occuper de ça ! "A8

"Parce que... Ce n'est pas son domaine peut être. "A10

"parce que les médecins pour moi, c'est pas trop le genre de trucs avec qui.. enfin je parle pas forcément de ça avec mon médecin. Plutôt avec ma psy" A13

"Je pense que surtout elle n'a pas étudié la nutrition" ; "Quand t'es médecin généraliste tu n'étudies pas forcément la nutrition profondément. Et du coup peut-être qu'elle n'avait pas les facultés et la possibilité de faire un suivi personnel par rapport à ça. Et du coup elle peut pas accompagner ses patients qui sont en difficulté avec le poids. Je pense que c'est surtout ça le problème "A14

La responsabilité reste assumée par les adolescents face à la difficulté que peut présenter leur médecin généraliste dans la prise en charge du poids.

"Je pense que je ne lui dis pas assez bien les choses... "A2

"Hmmm... je ne sais pas... après il a essayé toutes les méthodes. "A3

"Bah je ne pense pas à en parler. "A11

Prendre en charge l'obésité de l'adolescent, c'est également prendre en compte les habitudes de la vie quotidienne de celui-ci et du reste de sa famille. Il s'agit là d'un possible frein auquel le médecin généraliste est confronté, reconnu par l'adolescent.

"J'ai essayé de les appliquer ! mais vu que mes frères ne peuvent pas se priver par rapport à moi, et tous les jours je voyais des gâteaux sur la table... "A3

La question ne s'est pas posée pour différents adolescents. Soit parce que le sujet n'avait encore jamais été abordé, soit parce qu'il n'est simplement pas évident de faire ce constat lorsqu'aucune rétrospection n'est faite par le médecin généraliste lors de la consultation.

"Franchement, je ne sais pas... je ne me suis jamais posé la question. "A4

"En fait, on ne parle pas trop de mon poids... donc je sais pas si elle est en difficulté ou pas. Elle écrit mon poids et ma taille sur mon carnet, mais elle ne fait pas de commentaire."A5

"elle ne pense pas à en parler peut-être. Elle parle plus de l'adolescence." ; "on parle plus de la sexualité que les relations avec ça" A11

Le nombre de consultations chez le médecin généraliste est souvent faible chez les adolescents. Il est encore plus difficile pour le médecin d'instaurer un climat de confiance ou de prendre en charge une maladie chronique telle que l'obésité lorsque l'adolescent se retrouve la plupart du temps face à son remplaçant.

"J'ai vu des remplaçants entre temps comme la remplaçante de mon médecin habituel mais je sais pas pourquoi, on n'en parlait pas" A6

Si l'adolescent n'a pas le déclic, s'il estime que son poids ne représente pas un danger pour sa santé, le médecin généraliste peut être confronté à un mur le mettant également en difficulté.

"je sais pas trop. Quand je me pèse elle me dit que c'est trop. Mais moi j'aime bien manger des chips !" A7

Enfin, les adolescents soupçonnent une peur du malaise voire d'une rupture de l'alliance thérapeutique, que pourrait bien éprouver leur médecin s'il se lançait sur le sujet, a fortiori s'il se trouve devant une fille.

"je ne sais pas pourquoi il ne m'en parle plus mais peut-être parce qu'il ne veut pas me gêner avec ça... "A8

"je pense qu'il a pris conscience, je pense qu'il a conscience que bah...Dans la tête d'une adolescente, parler de poids, avec une fille, parler de poids c'est délicat." ; "du coup, peut-être qu'il n'osait pas parce que ça pouvait me faire remonter des choses. Ou me gêner..." A12

2.8. Attentes des adolescents pour une meilleure prise en charge par leur médecin généraliste

L'adolescent peut avoir conscience qu'il est avant tout acteur de sa santé.

“J'attends de lui pas beaucoup de choses, car c'est à moi de faire des efforts “ A1

Néanmoins, les adolescents gardent quelques attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste. Des conseils diététiques pour les aider à avoir des repères alimentaires restent appréciés pour certains adolescents.

“il m'a donné les bons conseils ; il m'a donné toutes les clés et c'est ce que j'applique par exemple éviter de manger trop salé ou sinon éviter de grignoter... les choses basiques, ou sinon d'essayer de faire un peu plus d'activité physique. “ A1

Il aspire avant tout à un suivi plus global, non figé sur l'alimentation ou le poids.

“C'est qu'il puisse mettre en place un suivi, un plan pour encadrer la personne“;

“C'est à dire que je sois aussi suivi par des médecins de la santé du sport tout ça pour nous aider “ A1

Les adolescents associent souvent les termes « moral », « psychologique » lorsqu'ils se prononcent sur leur problème de poids. Ils souhaiteraient ainsi que leur médecin en tienne compte lors de la consultation, au moment d'aborder le sujet.

“faire un suivi au niveau de son poids psychologiquement parlant “; “surtout aussi un côté psychologique car concrètement c'est quelque chose qui joue beaucoup au moral, qui joue beaucoup au mental de perdre du poids” ; “ça joue beaucoup sur le moral car on va se dire que l'on ne mange plus assez “ A1

“j'ai vraiment des problèmes, qu'elle en parle avec ma psychologue“ A13

“j'aimerais qu'elle me soutienne un peu plus” ; “moralement. Moralement surtout. Car je pense que c'est surtout ça qui me flanche le plus” A14

Les adolescents, comme tous les patients, aiment se sentir en confiance avec leur médecin généraliste. Les adolescents en surpoids ou obèses recherchent encore plus de cette relation avec le médecin : la neutralité, un non jugement, une attitude non culpabilisante.

“qu’il soit neutre dans sa manière de faire” ; “il ne porte pas de jugement sur comment je suis.” A2

“j’aimerais qu’elle arrête de me dire “arrête de manger les gâteaux ou les chips”.. c’est chiant.. (elle baisse la tête) “ A7

“déjà avoir une attitude compréhensive, plutôt pas dans le jugement.” ; “Mais on sentait quand même que bon... voilà... c’était facile pour lui quoi !” ; “il faudrait qu’ils soient un peu plus empathiques...” A10

Et cela implique aussi le choix des mots par le médecin. La formulation des questions ou du message à faire passer prend tout son sens lorsqu’elle est adaptée, personnalisée à l’adolescent.

“j’aimerais qu’il me pose les bonnes questions sans me mettre mal à l’aise.” A2

“quand il m’a parlé mal l’autre jour...je pense qu’il pourrait au moins faire un petit effort. Mais après je sais que c’était pas pour être méchant mais ça m’a vraiment fait mal.” ; “si on arrive à faire ça, je pense que ça m’aiderait beaucoup.” A3

Certains adolescents recherchent surtout une approche plus amicale ou une écoute bienveillante pour les aider à se mettre à l’aise.

“il peut garder sa gentillesse. Ca c’est sur ! Je trouve qu’il a de la patience “ A3

“déjà qu’elle reste aussi gentille, ca serait fun ! “ A5

“moi c’est juste un médecin gentil que je demande et pas méchant” ; “enfin qu’elle soit cool, détendue.” A13

Pour cela, il faut prendre le temps. Ainsi, l’adolescent a le sentiment que l’on s’intéresse à lui, à ce qu’il ressent. La prise en charge peut d’autant plus être centrée sur sa personne.

“Généralement le médecin généraliste il est sensé nous connaître.” A2

“qu’il prenne du temps à nous connaître. Je trouve qu’on a plus de mal à se livrer ou se faire examiner par quelqu’un qu’on connaît à peine, et qui nous parle presque pas” A5

“Bah.. qu’il aille moins vite “A9

D’autres préféreront la franchise de leur médecin.

“vaut mieux quelqu’un de franc, que quelqu’un qui dit un tissu de mensonges et de s’en apercevoir après” A1

Mais ce qui importe pour ces adolescents, c'est d'arrêter de rendre ce problème tabou. Il est difficile pour eux de comprendre qu'une porte leur est ouverte si au cabinet, le médecin généraliste n'aborde pas en premier le sujet.

“Je trouve que c'est bien de pas hésiter d'en parler “A6

“faut pas attendre que ce soit les jeunes qui posent des questions sur le surpoids. Posez vous les questions” ; “la plupart des jeunes il parle pas de ça. Ils attendent que ce soient les adultes qui en parlent. Surtout un médecin généraliste, c'est un peu fait exprès pour ça, donc voilà...” A11

“si je vais le voir parce que j'ai mal aux genoux par exemple, bah qu'il en parle aussi du poids. Après je sais que c'est compliqué parce que peut-être qu'il ne va pas s'en souvenir que je suis allée le voir pour un problème de poids. “ A12

Lorsque le médecin généraliste a le sentiment que la situation lui échappe, les adolescents sont d'accord pour être vus plus régulièrement voire être orientés vers d'autres spécialistes de confiance. Néanmoins, il n'en reste pas moins l'accompagnateur. Celui qui fait le point sur les difficultés rencontrées, notamment lors des séjours de 2^{ème} et 3^{ème} recours.

“ou alors, à la limite qu'ils fassent des listes eux-mêmes de bons endocrinologues, médecin-nutritionnistes, de gens de confiance quoi, qu'ils fassent eux-mêmes leurs listes quoi. Ca serait pas mal ! “ A10

“Ca serait pas mal ! Et même après les autres consultations, avec lui, qu'il reste dans l'empathie car ça donne de l'espoir “A10

“Bah ça serait bien qu'elle me voit plus souvent déjà “ A11

“je sais pas, qu'elle me pose des questions ! Sur Croque Santé pour qu'on en parle.” ; “ça serait bien aussi de faire le point avec elle en fait.” A11

“quand je vais le voir, qu'il me donne des conseils de temps en temps. Par exemple, s'il voit que je n'arrive pas à perdre, peut-être qu'il m'oriente vers d'autres personnes” A12

“c'est un peu paradoxal car en ce moment j'ai pas trop envie qu'on me pèse, mais bah qu'il me fasse des bilans sur le poids de temps en temps.. pour voir comment ça bouge. Ca bouge bien, tant mieux et si ça bouge pas, bah justement de voir ce qui cloche et d'essayer de contrôler la balance. “ A12

“qu'elle fixe des objectifs pour chaque consultation. Et qu'après bah.. elle m'explique bien tout ça “ ; “qu'elle agisse bien dans le réseau” A13

Pour d'autres finalement, leur obésité est telle qu'il n'y a plus d'attentes auprès de leur médecin généraliste. Le soutien psychologique de l'adolescent est encore plus justifié et peut passer par une valorisation du moindre effort.

"en fait non... je n'ai pas d'attente avec lui..."A4

"J'ai du mal à m'engager et surtout à tenir sur la durée." ; "un soutien moral, c'est vraiment ce dont j'ai le plus besoin" A14

3. Analyse des résultats des parents

3.1. Représentation et vécu des parents au sujet du problème de poids de l'adolescent

Les parents reconnaissent le problème de poids de leur enfant avec plus ou moins de difficultés à l'exprimer.

"Je dirais même il est obèse." P1

"A. il est en surpoids, il est pas quand même au stade de l'obésité" P9

"Qu'il n'est pas normal (gêné)" P10 père

"mon fils, il est en surpoids. 1m80, 120 kg, pour moi c'est du surpoids" P10 mère

"Elle est en surpoids... Peut-être même qu'elle est en obésité ...(...) je dirais qu'elle est entre les deux " P14

Aucun des parents rencontrés n'est dans le déni, cependant l'évaluation du poids de leur enfant peut être minimisée ou au contraire amplifiée. Les réactions exprimées varient de l'inquiétude, au désarroi, à la surprise en allant jusqu'à de la gêne face à ce constat.

"je suis impressionnée par le poids de mon enfant dans le sens où euh.. il a été pesé dernièrement à 80 kg et je suis surprise parce que pour moi 80 kg c'est le volume d'un homme et il a simplement 13 ans" P4

"J'ai un peu d'inquiétude" "De l'inquiétude pour l'avenir, que la situation n'arrive pas à se rééquilibrer. " P5

"Je suis pas catastrophée mais presque" P6

"mais c'est plus moi qui suis gênée que lui j'ai l'impression." P6

Chaque famille possède ses valeurs et ses représentations associées à l'excès de poids. Pour certains, le surpoids est banalisé dans l'enfance car réversible avec la croissance. Les rondeurs peuvent être acceptées chez les enfants en signe de bonne santé.

"elle était toute rondouillette. (...) Elle était rigolote. Ça lui donner un côté un petit peu rigolo. Puis elle était pleine de vie, pleine d'humour." P2

"c'est un poids qui lui va bien parce qu'il est taillé en V. Il a la corpulence d'un rugbyman" P10 mère

La comparaison à sa propre expérience et son propre vécu de l'excès de poids est très fréquente dans notre échantillon, notamment chez les mères. Être déjà passé par ces épreuves est perçu comme un avantage pour aider l'enfant et mieux le comprendre.

"Moi j'ai perdu 13 kilos." P1

"ça m'a fait peur. Ça a réveillé aussi chez moi des choses que moi j'avais vécu enfant" P2

"j'ai connu une prise de poids rapide. Voilà c'est pour ça que je connais quand même pas mal de choses sur comment le corps peut évoluer..." P4

"moi je me bats aussi avec mon poids" "Moi je me surveille beaucoup c'est pour ça que je surveille ma fille" P7

"Moi, l'étant moi-même, ayant fait des régimes depuis l'âge de 11 ans qui ne marchent pas, qu'ils font des yoyo à chaque fois" P10 mère

"j'arrive à parler un petit peu avec lui, parce que justement j'ai connu ces régimes" "Parce qu'étant passée par là, on comprend mieux les choses en fait. " P10 mère

"moi je suis très sensible à l'obésité parce que j'ai eu une sleeve..." P11

"moi dans ma vie, j'ai fait tous les régimes qui existaient. Et en fait la meilleure des façons c'est de pas faire régime." P11

"la chirurgie je suis contre. Étant donné que moi je l'ai fait et que ça a été plus une catastrophe qu'autre chose. " P14

Les parents comparent facilement l'adolescent en surpoids aux autres membres de la fratrie. Les différences de corpulence sont constatées mais n'aident pas toujours les parents dans la recherche d'explications à la prise de poids d'un des enfants.

“mais le deuxième de la fratrie n'a pas du tout de problème de poids par contre son frère aîné et elle, ont un problème de poids” P2

“J'ai eu 6 enfants. Et sur les 6, c'est vraiment le seul qui est très compliqué” “je vois les autres et qu'ils n'ont pas de soucis alimentaires, les autres ils mangent de tout” P6

“sachant qu'on a un aîné qui est l'inverse, (...) qui a dépassé les 1 mètres 80 et qui fait 59 kg. Donc c'est une tige. “ P9

“Même au sein de notre famille parce qu'on a deux enfants et nos deux enfants sont différents pourtant ils mangent plus ou moins la même chose. Après il y a peut-être aussi ça, le fait que physiologiquement, ils soient différents. ” P13

Le mal-être ressenti par l'adolescent entraîne une réaction d'empathie voire de compassion de la part du parent.

“Physiquement ça la gêne. Et psychologiquement encore plus” “elle a la double peine” “elle ne se supporte plus de se regarder dans la glace” P2

“c'est vrai que ce n'est pas évident pour elle à vivre tous les jours” “c'est un combat pour elle, elle est punie de manger “ P3

“Elle a des vergetures de partout (...) Elle a du mal à courir et tout ça. Je voudrais pas qu'elle ait toutes ces difficultés” P7

“Je le vois... elle pleure, elle est pas bien ...” P8

“Pour nous déjà parents, c'est difficile donc on imagine combien ça doit être difficile pour J. aussi de s'accepter tel qu'on est quoi... “ P10 mère

“je l'ai vu, ça m'a fait beaucoup de mal de le voir comme ça” “Parce qu'il en souffre tellement” P10 mère

“j'en pense rien du surpoids de ma fille, mais plus au malaise de ma fille. “ P12 (mère)

Les parents déploient des mécanismes de défense pour protéger leur enfant dans la société et cela peut passer par de la colère, de l'évitement...ou l'humour !

“Que ce soit par les instits qu'il a eu que j'ai failli frapper, je me suis retenue” P1

“Parce qu'on a tempéré, on a fait ce qu'il fallait. On a trouvé des vêtements adaptés, on a toujours simplifié les choses. On a fait de l'évitement aussi” P4

“Même si des gens ont des a priori “ comment il peut être à l'aise avec son corps ?” ben oui il est à l'aise et alors ! “ P4

“elle mange de toute façon... on grossit pas de respirer de l'air (rires)” P11

“il y a même des fois où moi j'y allais avant pour parler avec elle (le médecin généraliste), et je lui disais “bon elle n'a pas maigri. Et par contre ce que vous lui dites, ce n'est pas très encourageant (...) Ça me plaisait pas forcément de faire ça mais ...” P13

Pour certains parents, la silhouette de l'enfant va être jugée par les autres et va traduire une bonne ou une mauvaise éducation de leur part. Le retour de l'adolescent dans les normes pondérales et sociétales est aussi le moyen de se protéger soi-même du regard des autres.

“A un moment donné, j'ai dit attends. “Ça te plaît qu'on se moque de toi ou quoi ?” J'ai dit “toi tu es un sadomaso”.” P1

“c'est une question de fierté (...)C'est mon enfant et le fait que les gens le voit différemment, je suis gênée” P6

*“**les gens pensent que vous avez une mauvaise éducation.** (reflet de l'enquêtrice) C'est ça, tout à fait ...ben que je fais pas attention à ce qu'il mange...Pas que je suis une mauvaise mère ! mais que je pourrais faire attention” P6*

Les parents et en particulier les mères, ressentent une importante culpabilité face à la prise de poids de leur adolescent. Elles s'attribuent souvent l'échec de la prise en charge.

“Donc de l'âge de 2 ans jusqu'à l'âge de 8 ans, je ne m'en suis pas vraiment préoccupée” P2

“(Pleurs) J'ai beaucoup de culpabilité par rapport à ça”“j'ai pas non plus été un exemple pour elle quoi.” P2

“de la négligence de ma part.” P4

“Il y a beaucoup de culpabilité en voulant bien faire.” P5

“oui je me sens coupable par rapport à ça. (...) Ça j'ai pas réussi à le gérer et je suis fautive de toute façon” P6

“On aimerait l'aider mais on s'y prend probablement mal.” P13

3.2. Aborder le sujet du poids avec le médecin généraliste

Pour certains parents, il n'est pas possible d'aborder le sujet du poids de l'adolescent car ce dernier refuse d'en parler ou que ses parents en parlent pour lui. Cette situation est plus facilement retrouvée quand les adolescents sont majeurs.

“Aucunement à chaque fois. Rien. J. ne voulait pas en parler.” P10 mère

“C'est difficile dans le sens où J. a plus de 18 ans maintenant, et qu'il ne veut pas qu'on (les parents) parle au médecin” P10 mère

“Je peux en parler au médecin généraliste mais pas sans l'accord de J.” P10 mère

“Au niveau du médecin généraliste en fait elle ne l'a jamais évoqué devant lui et connaissant mon médecin qui est un très très bon médecin, il ne l'aurait fait que si elle lui en avait parlé” P12 mère

“S. est majeure, je ne peux pas aborder ce sujet là pour elle/ Je pense que c'est à elle de l'aborder avec le médecin.” P12 mère

“Après c'est vrai que les ados, ça parle moins aussi.” P13

Certains parents n'éprouvent pas de difficulté à aborder le sujet du poids mais trouvent quand même que le sujet est gênant.

“C'est pas compliqué mais... c'est quelque chose qu'on a abordé pour tous, on a déjà évoqué ce problème. Elle (le médecin) sait qu'on a des difficultés avec la nourriture” P5

*“Ça se voit de toute façon qu'il est complexé quand on l'amène chez le médecin.”
“je comprends que des fois c'est tabou. On n'arrive pas à en parler.” P10 mère*

“Parce que c'est toujours délicat de parler de ça même à un adulte, même à un enfant. “ P12 (mère)

Une hypothèse pour une des mères est que le sujet est plus difficile à aborder avec des femmes.

“peut-être parce qu'on est des femmes, il n'ose pas. “ P12 (mère)

Le sujet peut être gênant parce que les personnes en situation d'obésité ne veulent pas alimenter les préjugés et ne pas être perçus comme des gens qui se plaignent de leur poids.

“On est gros c'est tabou donc il ne faut pas en parler” P10 mère

Parfois le sujet n'a pas nécessité d'être abordé car il est déjà pris en charge dans un parcours de soin spécialisé ou parce que les patients ne viennent pas consulter pour cette raison et que la priorité va au problème aigu à gérer.

“pas vraiment mais parce que la plupart du temps on n'en discute pas plus que ça. Il y a d'autres choses qui sont prioritaires” P4

“Elle est au courant bien sûr, mais comme elle sait que c'est pris en charge maintenant par d'autres personnes... ben on ne l'évoque pas vraiment avec elle voilà.”
P5

“on voit vraiment très rarement le médecin généraliste, seulement en cas d'urgence. Donc on aborde pas ces problèmes là avec lui.” P9

“On en a parlé effectivement, mais au moment où on en a parlé c'était pas ça le plus important.” P10 père

Certaines familles entretiennent des relations amicales avec leur médecin traitant et emploient le tutoiement par exemple.

*“Je lui ai dit “Tu nous la payerais toutes les semaines la diète ? Ou tous les 15 jours après ?””*P1

De ce fait, il n'y a aucune gêne à aborder le sujet du poids en consultation ou en dehors car ils ont des affinités avec le médecin.

“on a tissé des liens (...) c'est le médecin de la famille.(...)On est beaucoup plus libres à parler.” P1

“on en parle facilement.” P3

“je suis à l'aise avec ce médecin, il est jeune, il connaît la pathologie de M. Voilà il connaît tout” P8

“Non, ce serait pas difficile si j'avais un médecin...Enfin j'en parle à mon père qui est mon médecin généraliste voilà (rires)” P9

“en discutant elle (une amie médecin) m'a parlé de ça. Elle m'a dit “elle est un peu au-dessus de son poids ?” j'ai dit oui, effectivement.” P13

Sans aller jusqu'à l'amitié, de nombreux parents expriment de la confiance envers les soins du médecin traitant, d'autant plus lorsqu'il connaît l'enfant depuis longtemps et l'a vu évoluer. Ce qui crée une bonne alliance thérapeutique.

“Parce qu'il la connaît depuis tout bébé.” P7

“un médecin c'est quelqu'un à qui on doit se confier. Un médecin, on doit tout lui dire. Je le connais maintenant depuis 10 ans.” P7

“Elle est très à l'écoute d'l. et de sa petite sœur... et je pense qu'elle doit être pareille avec les autres patients.” P11

“si on a le moindre problème, s'il y a quelque chose qui nous chagrine ou qu'on n'arrive pas à gérer, on l'appelle. Elle est là” P14

“elle connaît ma fille depuis presque 19 ans.” P14

A contrario, si les problèmes de poids n’ont jamais été abordés, le fait de connaître le médecin depuis longtemps peut rendre compliqué le lancement de la discussion pour la première fois par le médecin.

“Quand on connaît trop bien un médecin des fois, c’est pas facile pour eux aussi d’enclencher la discussion. “ P10 mère

“quand c’est un médecin généraliste de famille. On se connaît assez... donc ça a du bon et du mauvais” P10 mère

Le médecin peut présenter des difficultés pour parler d’un excès de poids de façon subtile et amener le sujet au cours d’une conversation sans que cela soit intrusif.

“On n’allait pas la voir pour ce problème là. Donc du coup c’était inopportun je trouve” P4

“je vois pas comment il pourrait vous parler du poids. (...) Si vous allez le voir pour quelque chose qui peut être lié, il peut dévier sur le sujet.” P12 (mère)

“Parce que si on y va pour un mal de gorge, je ne vois pas comment il pourrait enchaîner “Et votre poids ?” je veux dire ...Je pense qu'on le prendrait mal. N'importe quel être humain le prendrait mal” P12 (mère)

“c’est le médecin qui a des difficultés à aborder le sujet avec le malade et non pas le malade qui a des difficultés à l’aborder avec le médecin” P12 (mère)

Les adolescents ont moins d’occasions de consulter leur médecin généraliste ce qui donne moins d’opportunités pour aborder le sujet.

“Déjà l'enfant n’y va pas souvent chez le médecin. “ P12 (père)

“elle allait très peu chez le médecin” P12 (mère)

Parfois le sujet n’est pas abordé car le patient est considéré comme déjà éclairé sur la problématique.

“je suis persuadée qu'elle pense que je suis suffisamment informée pour ne pas faire redondance” P4

Plusieurs parents ne ressentent pas de tabou à parler ouvertement des problèmes de surpoids et d’obésité. C’est une nécessité afin de trouver des solutions pour y remédier.

“Le problème de poids de M. c'est pas tabou pour nous. Au contraire, plus je vais en parler avec quelqu'un, si je peux avoir des conseils ben voilà. Ça ne me gêne pas du tout.” P6

“c'est pas un sujet tabou, pas du tout !” P9

“Pas de tabou ? (question de l'enquêtrice) Ah non (rires) Ni ça, ni le reste !!!” P11

Dans certaines situations, ce sont les parents qui prennent les devants et abordent le sujet.

“Moi. Jamais lui” P8 (réponse à la question “qui aborde en général le sujet ?”)

“justement c'est nous qui avons demandé à ce qu'il puisse avoir une prise en charge là-dessus” P10 père

“on a fait une consultation tous les trois...enfin avec son père... et où là, on a dit stop quoi. Là il y a un problème, il faut arrêter. Et là elle (le médecin) a pris ça en compte.”

P10 mère

“on est à même, nous, de faire des observations et de les faire remonter à l'équipe”

P11

[3.3. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour prendre en charge les problèmes de poids des adolescents selon les parents](#)

Les médecins ont tendance à être redondants dans leurs explications et conseils. Les parents le perçoivent comme un manque de personnalisation de la prise en charge.

“Oui on arrive à en discuter mais je veux dire c'est toujours... on est toujours sur le même schéma quoi.” P2

“Ouais bah les conseils, on les connaît hein !!! vous savez j'ai tout ce qu'il faut” P8

“Et elle lui donnait la quantité et je trouvais quand même que la quantité était importante.” P12 (mère)

Cette redondance est retrouvée chez les professionnels de santé en général.

“On dirait que c'est du rabâché. (...) c'est “on mange pas ça, il faut pas manger ça...Qu'est-ce qu'elle mange dans la journée ? il faut pas manger ça” ...C'est tout. “ P7

“la nutritionniste, elle donne des conseils par rapport à ce que elle, elle a appris.”

P11

“elle répétait toujours les mêmes choses quoi...Alors c'était plus axé sur les aliments sur si sur mi” “elle me répète toujours la même chose” P13

Certains médecins donnent seulement des conseils diététiques. Ce qui peut instaurer une restriction cognitive lorsque les messages sont une éviction de certains aliments ou une diminution drastique des quantités.

“mais enfin ça revient toujours à l'assiette quoi.” P2

“Là il y avait des interdictions, et on a mal démarré.” P4

“Cette façon-là de présenter et c'est ça aussi je me suis dit : Faut qu'elle soit au régime ? mais déjà que pour un adulte c'est dur...” P13

Certains médecins focalisent leur prise en charge sur l'évolution du poids, via des pesées systématiques ou préconisent des régimes restrictifs. Ces pratiques peuvent être mal vécues par les familles lorsqu'elles sont associées à un discours culpabilisateur.

“J'ai trouvé que c'est vraiment culpabilisant et alors quand vous sortez de là, vous mangez un morceau de pain vous vous dites “ oh là là mince, qu'est-ce que je suis en train de faire ?” et ça ne génère que des frustrations et des sentiments négatifs. Et du coup ça ne fait que ..c'est un engrenage quoi. Ce mal-être génère l'envie de se rassurer avec du sucre” P2

“après ils la font beaucoup culpabiliser quoi. Et même moi parce qu'évidemment c'est moi la mère nourricière dans l'histoire.”P2

“il va la repeser mais il va la pourrir quoi (rires)” P3

“Son implication c'est la vérification : stature, mensuration” P4

“elle sait qu'elle va avoir la pesée” P8

“Je sais qu'elle n'aime pas ça. Par exemple la dernière fois, elle est allée passer une visite médicale et la première question qu'elle m'a posée, c'est “est-ce qu'il va me peser ?”” P12 (mère)

“Et quand on grossit, il est pas content” “il te fait comprendre un peu que lui il a fait son travail mais pas toi quoi.” P12 (père)

“l'autre médecin était très négative par rapport à ça. Elle lui reprochait à chaque fois qu'on y allait. Pour elle c'était le baignon, elle disait “elle va encore dire que je suis grosse, que je suis..”. voilà donc pour elle c'était difficile.” P13

“il y a un été, on est revenus, on avait tous pris du poids de l'été, on avait bien mangé, on était partis en vacances en famille dans le nord de la France donc laisse tomber quoi... La cuisine au beurre et on est rentrés. On s'est fait décalquer quoi ! “ P13

Les parents relatent un manque de prise en charge globale : le problème de poids peut être considéré isolément des troubles psychologiques associés, ou l'inverse.

“c'est vrai qu'on le voyait bien qu'il prenait du poids. Ça se voyait et les médecins aussi le voyaient. Et c'est vrai qu'on a pas compris pourquoi il n'y a pas eu cette prise en charge là.” P10 père

“C'est dommage qu'il n'y ait pas de suivi psy. Parce que ça en fait partie, c'est dommage qu'il n'y ait pas ce suivi-là” P14

Selon les parents, les médecins manquent parfois de connaissances pour prendre en charge de façon optimale les problèmes de poids des adolescents ou ne remettent pas suffisamment à jour leurs connaissances.

“je pense qu'ils font juste un rapport par rapport à l'assiette quoi. Enfin il y a une méconnaissance” P2

“je pense qu'il y a des choses qui ont évolué dans la connaissance de l'obésité et un petit peu les études et les démarches par rapport à la prise en charge et les médecins généralistes ne sont pas du tout au fait” P2

Le manque de pédagogie ou d'explications claires sur les tenants et aboutissants d'un excès de poids peuvent mettre le médecin généraliste en difficulté dans sa prise en charge.

“Là il me dit qu'elle a une puberté précoce. Mais en fin de compte je sais même pas ce que c'est. “ P7

“un enfant, il ne peut pas comprendre que ...enfin c'était chaud. À Noël, elle lui avait filé le truc des chocolats. Alors le Ferrero Rocher c'est tant de sucre... Le machin c'est tant de sucre... “ P13

“Mais même l'histoire des courbes et tout ça, elle ne lui a jamais expliqué quoi !” P13

Certains médecins prennent une position paternaliste pour s'occuper des personnes, et notamment par une posture autoritaire et directive.

“Mais il a tapé du poing sur la table hein. Il a dit que si on voulait faire notre propre cercueil. C'est notre problème mais pas les enfants.” P1

“il va la pourrir” P3

“il est médecin, il sait ce qu'il faut qu'il fasse. Ce qu'il a besoin en fait. “ P6

“ Oui il nous engueule” P12 (mère)

Certains médecins ont tendance à dramatiser la prise de poids, essayant de créer un déclic chez l'adolescent et lui faire prendre conscience de la nécessité de s'impliquer dans sa prise en charge.

“Il va lui dire qu'elle n'a pas fait attention, que c'est pour elle, comme il lui a dit. Il lui a dit “plus tard tu peux avoir du diabète, tu peux être amputée”. Il a vraiment été... pour essayer de la sensibiliser.” P3

“Elle lui a dit “là tu as plus le choix, là maintenant tu arrêtes de grossir et ça suffit. Stop”.” P4

“elle s'est fait taper sur les doigts la fois d'après ...Ouais ouais elle nous avait fait ça, on s'était fait gronder. C'était violent “tu te rends pas compte, tu as pris 3 kilos” (rires)” P13

Au contraire, on peut rencontrer des médecins qui banalisent le sujet pour rassurer les parents.

“dire “Oh il va grandir” Parce qu'en fait c'est ce qu'on entend “Ah bah sa courbe de croissance... ah oui ! il est au dessus” “Ah oui mais il va grandir”” P11

“Parce que lui c'était toujours : tout va bien. “ P13

Les parents reçoivent parfois les messages des médecins comme des critiques personnelles à leur égard ou celui de leur enfant, et se sentent jugés. La stigmatisation est présente aussi dans les consultations de médecine générale.

“tous les périmètres qui vous renvoient quand même que bon voilà... ça ne va pas. Ca c'est sûr, on le sait que ça ne va pas.” P2

“mais à chaque fois qu'il la voit, elle a grossi donc... donc c'est un peu compliqué pour tout le monde en fait” P3

“comme les réflexions étaient liées à l'être. (...) c'est pas la personne à remettre en question. C'est une situation. C'est un enfant. “ P4

“qu'elle était trop grosse, que ça pouvait pas marcher, que c'était pas bien, qu'elle mangeait pas bien, que machin... “ P13

“nous donner des leçons de morale plutôt que nous donner des solutions concrètes quoi.” P14

L'insuffisance d'engagement dans la relation de la part des familles peut être à l'origine de difficultés de prise en charge des problèmes de poids. Les adolescents peuvent même craindre les consultations avec le médecin.

*“même avant d'y aller... les derniers moments, les derniers temps c'était l'enfer
“Mais on va y aller, elle va me gronder” “ P13*

*“ elle n'est pas non plus très diplomate (...) en tant que personne le médecin, elle
est assez froide, très changeante de tempérament.” P13*

“Mais bon le contact ne s'est pas fait , donc on n'y est pas retourné. “ P14

“on se braque et on avance pas.” P14

Le médecin peut être mis en difficulté face à un refus de l'adolescent d'en discuter, parce que parfois ce n'est pas le bon moment pour l'adolescent. L'aborder serait accepter de demander de l'aide.

“un patient qui ne veut pas parler, on ne peut pas l'obliger quoi” P10 mère

*“C'est difficile aussi puisque quelque part le verbaliser, c'est aussi quelque part
accepter qu'on a besoin d'aide. J. le sait mais n'arrive pas à passer la barrière de ça” P10
mère*

*“Après c'est vrai que les ados, ça parle moins aussi. Là elle parle facilement, quand
elle va chez le médecin, elle dit ce qui ne va pas. Peut-être que plus tard... enfin je vois
mon fils, il parle beaucoup moins quoi.” P13*

Le manque de valorisation et de réassurance de l'adolescent rend plus compliqué son adhésion à la prise en charge.

*“Régulièrement elle l'a félicité d'avoir maintenu un poids tout en grandissant mais
la dernière fois elle ne s'en est pas rendu compte. C'est moi qui ai remarqué ça.” P4*

*“Tous les résultats doivent être valorisés. Parce que sinon en fait ça fait : effort,
échec, effort, échec, effort, échec (dessine des pics montant-descendant dans l'air avec
son doigt) et à un moment donné, ça fait plus que échecs. Et mésestime de soi... et ça
peut aller très vite avec ça” P4*

*“Et plus la comparaison avec son frère qui lui a un IMC qui fait rêver quoi...Pas du
tout d'encouragement“ P13*

Certains médecins orientent très rapidement les familles vers des spécialistes et réseaux de soins spécialisés, et sont parfois moins pro-actifs dans la prise en charge de ce fait.

*“Elle n'a pas eu à proposer des plans de nutrition, des plans de diététique. Elle
savait que tout était déjà fourni au niveau de l'Institut.” P4*

“comme elle sait qu'il y a des spécialistes qui font ce travail là, c'est pour ça qu'elle n'intervient pas...sinon je pense qu'elle le ferait.” P4

“le médecin généraliste... va soulever des problèmes, des difficultés mais après va envoyer vers un spécialiste” “je pense qu'après il délègue” P5

“ça fait deux fois qu'il l'a vu. Ca fait deux fois qu'il nous demande d'aller à Croque Santé” P7

“il délègue à des personnes qui sont spécialisées et qui ont du temps à passer à ça, parce qu'elles font que ça.” P9

“je lui ai fait remplir les dossiers, une fois de Palavas, une fois de Croque Santé...Dans ce cas-là, elle estime qu'elle ne va pas faire doublon” P11

Le médecin ne joue pas toujours le rôle de coordonnateur.

“ce que je reproche aussi c'est qu'il reçoit des compte-rendus mais qu'il ne m'en parle jamais. C'est toujours moi qui lui dis que M. est partie à Palavas, qu'elle a perdu tant de kilos mais lui, il ne me pose pas de questions. “ P8

Les parents se sentent peu accompagnés dans la prise en charge du poids.

“moi aussi de mon côté, j'avais pris des rendez-vous. Mais c'est pas eux qui s'en sont occupés, c'est moi qui m'en suis occupée !” P8

“on est un peu seuls si vous voulez. On est un peu livrés à nous-même.” P10 père

“c'est nous qui avons fait la demande et même à plusieurs reprises. On a dû insister.” P10 père

Certains médecins dénigrent les prises en charge des centres spécialisés qu'ils jugent peu efficaces.

“C'est que le médecin généraliste il me disait qu'à Palavas ça ne valait rien du tout. Qu'il n'y avait pas de résultats. Peut-être qu'il a eu des exemples” P8

Les parents s'interrogent sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent.

“est-ce que c'est de sa compétence ou est-ce qu'il préfère adresser à un spécialiste qui sera plus compétent ? je pense que c'est ça.” P5

“Est-ce que si je prends vraiment une consultation avec le docteur X en lui expliquant que voilà, c'est pour régler son problème de poids, est-ce que lui il va pouvoir faire quelque chose ? (...)Je sais pas en fait.”P6

“Est-ce que c'est son rôle ? après je sais pas... Il est là pour soigner alors ouais c'est vrai... Que c'est une maladie..... enfin je sais pas... J'en sais rien. Qu'est-ce que vous en dites ? C'est une maladie ou pas ?” P10 père

“Je sais pas si au niveau de la déontologie ça peut se faire ?” P12 (mère)

“Est-ce qu'un médecin généraliste doit pouvoir dire à quelqu'un “monsieur vous êtes en surpoids” ?” P12 (mère)

Certains parents sont plus affirmatifs et pensent que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de prendre en charge les problèmes de poids.

“Je pense pas. Eux-mêmes ? Non. Ils sont généralistes, ils ont pas fait des études pour.” P8

“Bon après il nous a dit qu'il fallait qu'on aille le revoir régulièrement mais on n'est jamais allée le revoir car je ne vois aucun intérêt à aller le revoir” P9

“Pour moi c'est pas de la vraie médecine. Ça relève d'un nutritionniste. De quelqu'un qui est spécialisé là-dedans” “j'aurais pas d'attente vis-à-vis du médecin généraliste, j'aurais des attentes vis-à-vis d'un nutritionniste ou d'un spécialiste.” P9

“Un médecin s'il voit un enfant en surpoids, il ne va rien dire. Il ne dit rien. C'est à l'école qu'ils font de temps en temps une visite. Mais un médecin il ne le fait pas ça. “ P12 (père)

“Après c'est aux parents de voir s'il y a surpoids ou pas. Et après faire des actions pour y remédier. “ P12 (père)

Dans d'autres situations, ce serait le sentiment d'impuissance ressenti par les médecins qui les mettrait en difficulté dans leur prise en charge.

“il (le médecin généraliste), a baissé les bras lui aussi (rires). Au bout d'un an, il a dit “c'est bon, c'est plus la peine.” P3

“Même lui (le médecin généraliste), il me l'a dit “tu as fait tout ce que tu as pu. Mais là, elle veut pas, elle veut pas.” Au bout d'un moment, il faut se résigner. “ P3

“Je pense que personnellement, si j'étais généraliste, je trouverais ça hyper frustrant, parce que je pense que les résultats sont assez médiocres.” P9

Les médecins généralistes peuvent manquer de temps et préfèrent donc traiter des sujets prioritaires et du motif qui a amené la famille en consultation.

“je pense qu'elle est obligée d'aller à l'essentiel” P4

“c'était pas prévu, c'était pas dans l'ordre du jour en fait.” P6

“Mon père qui est médecin généraliste m'a expliqué que le problème de surpoids c'est souvent un problème psychologique et ça relève plus de la psychologie. Et c'est des consultations qui durent longtemps si on veut le faire correctement.” P9

“aujourd'hui des généralistes il y en a de moins en moins. Ils ont des consultations qui défilent. (...) Donc il a pas le temps de s'intéresser à des cas comme ça” P9

“Je pense que tout simplement elle est généraliste et que le temps qu'il lui est accordé... On y va pour quelque chose de très précis” P11

*“il a pas le temps de nous faire un cours de diététique ou d'expliquer des choses...”
P11*

“C'est un sujet vaste. C'est pas en une séance enfin en 15 minutes qu'on peut régler ça...” P11

“notre médecin travaille de moins en moins et il a de plus en plus de patients. Alors franchement quand il vous prend, c'est un très très bon médecin mais c'est chronométré...Il va au pas de course. La salle d'attente est bondée” P12 (mère)

“Donc je pense franchement qu'il se concentre sur ce pour lequel vous êtes arrivé. Et pas sur autre chose.” P12 (mère)

La notion de manque de rémunération à la hauteur de la complexité de la prise en charge, a été abordée par une mère qui a la particularité d'être fille de médecin et qui reflète le point de vue de son père à ce sujet.

“Et que du coup l'acte n'est pas bien rémunéré, pour passer trois quart d'heure-une heure à faire un vrai entretien. Enfin voilà ça c'est la version de mon père.” P9

“c'est vrai que les consultations de généraliste, c'est pas les consultations de spécialistes. Parce que c'est vrai que quand on va voir un spécialiste, c'est le double en tarif, donc c'est normal.” P9

La différence de niveau socio-économique entre médecin et patients peut rendre difficile la prise en charge, dans le sens où le médecin ne va pas pleinement comprendre les valeurs et priorités des familles et proposer une prise en charge inadaptée car éloignée de la réalité des familles.

“Ce qu'il n'arrive pas à visualiser c'est qu'on est des gens.... qui travaillent et qui ont des difficultés à pouvoir se faire prendre en charge médicalement.” P1

“Je pense que c'est ça qui le frustre énormément. Parce qu'il entend bien. T'as pas de sous, t'as pas de sous ! Il va pas te faire cadeau de la visite hein.” P1

“c'est trop gras, et c'est trop riche, et c'est trop si, c'est mi ... et ça ne l'est pas forcément et ça ne l'est pas au quotidien. Moi je cuisine beaucoup” P2

Certains parents se considèrent comme éduqués sur les problématiques de poids et anticipent par conséquent la prise en charge, ils sont plus autonomes.

“J'avais entendu parler de Croque Santé. Donc d'entrée je suis allée voir Croque Santé. Mais par contre on m'a dit qu'il il fallait passer par le généraliste” P9

“que j'en ai pris conscience bien sûr personnellement, issue d'un milieu... enfin mon père issu d'un milieu médical, on a conscience de tous ces problèmes, on a toujours anticipé sur tout ça. “ P9

L'hypothèse d'une mère est que les difficultés éprouvées par les médecins peuvent être liées à leur rapport à leur propre poids et à leur propre vécu ou expériences en lien avec l'obésité.

“À part que elle, elle-même, elle ait eu un problème par rapport à ça... “ P13

“forcément c'est qu'elle a un mauvais vécu, ou peut-être un patient ou je sais pas...” P13

Un sentiment de compassion ressenti par le médecin, qui prend le pas sur l'empathie, peut rendre la prise en charge moins efficiente, avec des difficultés à parler librement du sujet du poids de peur de heurter l'adolescent par exemple.

“Il la plaint un petit peu M., elle lui fait un peu de la peine quand il la voit. Il voit un peu le parcours,(...) Il a de la peine quoi.” P8

Certains médecins font preuve d'un désintérêt pour ce sujet. Les parents pensent à un manque de motivation pour s'investir dans cette prise en charge.

“mon généraliste m'a dit que lui il ne s'en occupait pas du tout.” “il a pas l'air de vouloir gérer ce genre de problèmes” P9

“C'est un généraliste (...) Qui arrive en fin de carrière. (...) Et qui a une remplaçante régulièrement. (...) Et je pense franchement que ça l'intéresse pas de prendre en charge ce genre de problèmes. Donc il délègue” P9

Bien qu'il existe plusieurs facteurs qui mettent les médecins généralistes en difficulté et qu'ils soient identifiés par les familles, la plupart des personnes interrogées ont fait preuve de bienveillance et d'empathie à l'égard de leur

médecin, ne le jugeant, spontanément et dans la majorité des cas, pas du tout en difficulté.

A propos d'aborder le sujet du poids avec le médecin : "Non pas avec mon docteur. Non. Je pense qu'avec un autre, oui ce serait dur." P1

"parce que eux aussi ils doivent saturer de voir malade sur malade." P1

"Il en faudrait plus des médecins comme lui. " P1

"C'est une doctoresse et elle est vraiment adorable." P11

"Franchement c'est un super médecin. (...) J'avais des grands médecins, des grands pontes qui m'ont fait des gastroscopie, coloscopie...On m'a dit tout va bien. Et lui, tout seul, il m'a trouvé la maladie" P12 (mère)

"on a encore changé de médecin et c'est pareil, on a été très très bien accueillis. Je trouve qu'elle a super bien géré le renouvellement et tout. Elle a vraiment été super." P13

"Elle est pas du tout en difficulté. Non pas du tout." P14

3.4. Responsabilités concernant la prise de poids et/ou l'échec de prise en charge

Les parents endossent dans certains cas la responsabilité de la prise de poids et d'autres l'échec de la prise en charge en fonction qu'ils considèrent leur enfant comme responsable de ses actes ou non.

"T'achètes pas cher, pas bien.(...) Je reconnais. J'ai dit ma part de responsabilité" P1

"je l'ai entraîné dans cette spirale des régimes" P2

"J'ai même essayé de faire un régime avec elle, de lui faire voir..." P3

"c'est nous qui je pense avons aussi des habitudes alimentaires qu'il faut peut-être modifier, une façon de s'apaiser avec la nourriture. On n'y arrive pas (sourire). " P5

"je sais pas si c'est parce que c'est le dernier (...). Mais c'est vrai qu'à lui, on lui a donné un peu plus de liberté. Quand il était petit il voulait pas manger ça donc c'est pas grave j'allais lui faire autre chose." P6

"Il faudrait que je reste à la maison tout le temps. Que je la surveille tout le temps et c'est impossible. Il faudrait que je ne travaille pas, il faudrait que je sois là quand elle arrive pour lui donner son goûter normal. " P7

"Après c'est à nous dans les achats, dans la cuisine et tout ça...de faire un peu en sorte que ce soit plus light. " P12 (père)

“mon mari commence aussi à réagir un peu plus par rapport à ça. Parce que moi je suis très angoissée par rapport à ça, mais lui il était plutôt détaché. (...) il se ré investit un petit peu plus..” P13

L'épuisement parental est évident dans certains récits. Il n'est pas simple d'être parents de famille nombreuse, d'avoir des enfants aux besoins différents ou de devoir gérer la prise en charge d'un excès de poids chez l'un des enfants.

“Ça impose un rythme familial” P9

“On n'est pas formés pour ça. On est parents, oui, mais “c'est tout” entre guillemets quoi. On est comme les autres...” P10 père

“Je ne veux pas être la répression par rapport à l'alimentation. Ça ne lui servirait à rien. Donc à un moment donné j'ai dit à la nutritionniste “je pense qu'on va arrêter” “ P11

“on achetait des plats tout faits. (...) Parce qu'on est dans le stress nous aussi.” P12 (mère)

Certaines familles rencontrent des difficultés financières qui influent sur une prise en charge optimale du poids de l'adolescent, car les parents ne peuvent pas offrir de consultations avec un(e) diététicien(ne) ou un(e) psychologue à leur enfant, ou encore lui permettre de pratiquer l'activité physique en club qu'il souhaite.

“d'aller voir une diététicienne. Mais il faut avoir le budget pour. Je suis désolée hein” P1

“qu'à la fin du mois, on est juste parce qu'on a dû faire réparer “Pépette” (leur voiture) parce qu'elle nous amène de partout. Et ben je l'appelle pas (le médecin). Et ben, on prend le médicament du placard.” P1

“mais bon c'est pas dit qu'on puisse si elle est pas prise à 100 % avec la sécu. “ P14

Les parents décrivent parfois leurs adolescents comme des êtres plein d'insouciance et profitant encore de la naïveté de l'enfance. Le regard des autres leurs importe peu.

“elle a des problèmes de santé derrière. Mais ça la gêne pas plus. Elle est contente parce qu'elle fait du kiné maintenant. Plus elle a des médecins et mieux c'est pour elle.”

P3

“C'est une petite fille qui aime la vie. Pour elle, il n'y a pas de problème. Elle, elle est bien dans ses baskets, elle est bien dans sa peau. Pour elle tout va bien” “Elle a pas de problème avec ses copains, ses copines... Il n'y a personne qui dit rien” P13

“mais alors elle, ça lui passe au-dessus. (...) Mais bon pour elle ça va ! souvent les enfants c'est ça” P13

A un autre degré de maturité, l'adolescent entend les avertissements au sujet de son poids mais ne perçoit pas d'urgence à en prendre compte. Il vit au jour le jour sans s'inquiéter des conséquences que peut avoir un excès de poids sur le long terme.

“A. qui me dit “bon demain je vais m'y mettre”.” P1

“Lui il est un petit peu j'en foutiste par rapport à ça. Il prend un peu à la rigolade, il a un tempérament un peu comme ça” P6

C'est parfois la responsabilité de l'adolescent qui est mise en cause au sujet de sa propre prise de poids et de sa capacité ou volonté à faire évoluer la situation. Les parents respectent ou non les choix de leurs enfants, selon leur perception du degré d'autonomie et de maturité.

“Parce qu'il est partie prenante. Ca change vraiment les choses. “ P4

“on avait commencé un suivi psy mais elle va jamais jusqu'au bout parce qu'à un moment donné, elle en a ras-le-bol.” “je peux pas l'obliger quoi. Je peux pas la traîner chez la psychologue si elle ne veut pas y aller” P2

“elle a pas envie de faire attention non plus... donc bon ...elle a pas envie de le stabiliser. Enfin pour elle, c'est pas un mal-être donc... elle se sent bien dans sa peau comme ça.” “si elle, elle veut pas. On ne peut rien faire de plus” P3

“c'est elle qui refuse l'aide de tout le monde” P3

“Elle, ce qu'elle veut, c'est mettre un anneau” “Elle a 18 ans, elle décide de ce qu'elle veut. C'est son corps quoi !” P8

“de lui-même, il va au Petit Casino s'acheter des trucs” P10 père

“C'est plus un bébé. Il a eu 19 ans donc bien sûr, on ne peut plus rentrer avec lui” P10 mère

“Il est très volontaire, il veut se débrouiller tout seul. Il veut faire ce qu'on lui apprend.” P10 mère

“c'est ce qu'elle tente, elle. (...) après on peut lui dire des choses mais c'est ce qu'elle décide elle. Et vous voyez c'est compliqué, c'est elle qui se prépare à manger.”
P12 (mère)

“C'est comme vouloir empêcher quelqu'un qui fume de fumer. Si la personne n'est pas décidée à le faire. Pour nous, ça ne fonctionne pas, parce que voilà elle, elle est bien comme ça.” P13

Les parents confrontés à un refus de la part de l'adolescent, espèrent souvent un “décliv”, c'est à dire une prise de conscience de l'importance d'une prise en charge de son poids qui enclencherait une autonomisation de l'adolescent ou une adhésion à la prise en charge proposée.

“Faut attendre de voir qu'elle soit un peu plus mûre dans sa tête pour qu'elle le comprenne en fait.” P3

“Moi je pense qu'il faudrait qu'il y ait un élément déclencheur” P6

“un enfant qui va être à l'école, les autres ils vont un petit peu se moquer de lui, il va peut-être le prendre différemment et essayer de faire attention.” P6

“Tant que lui il n'aura pas eu ce décliv de se dire “j'ai envie de me soigner, j'ai envie de m'en sortir”. À mon avis on aura beau essayer ce qu'on veut nous-mêmes, parents...” P10 père

“Elle a fait son premier régime parce que bon elle a eu une prise de conscience.”
P12 (mère)

“après je me dis qu'avec l'entrée au collège... Le regard des autres va changer. Et peut-être que là elle va avoir une réaction.” P13

La revendication de la responsabilité de la prise de poids ou de l'échec de prise en charge n'est pas toujours aussi claire, c'est l'expression d'une responsabilité partagée que l'on devine.

“Elle est pleine de volonté...Et moi aussi, je l'englobe un peu avec moi... Toutes les deux on essaie de se serrer les coudes pour avancer.” P2 (parent-ado)

“C'est tout un mécanisme familial. Je pense qu'elle n'est pas seule dans l'affaire.”
P5 (parent-ado)

“On fait attention et elle aussi elle fait attention” P7 (parent-ado)

“voilà on la surveille et lui aussi il la surveille” P7 (parent-médecin)

“son père (...) c'est lui qui cuisine,(...) Et quand il sert en fait, il la sert autant que son frère donc déjà....Donc il y a un travail qui est fait avec papa pour lui dire attention, non. Et elle aussi de se limiter” P13 (parent-ado)

La responsabilité n'est pas toujours portée par un des deux membres du binôme parent-adolescent mais est attribuée à une tierce personne ou une entité externe au cercle intra-familial.

Plusieurs parents rapportent que l'alimentation distribuée dans les cantines scolaires est également en cause dans l'évolution du poids des enfants.

“au niveau scolaire, je pense que dans les cantines ils font attention aussi à ça. Quand les enfants sont à l'école ou à l'internat.” P6

“Les enfants ils sont à la cantine ils ne mangent pas forcément chez nous” P11

Les parents se mettent en position passive vis à vis du corps médical et laissent aux professionnels de santé le soin de leurs donner des conseils ou explications.

“j'attends qu'on me propose de nouvelles solutions, parce que pour l'instant il n'y en a pas.” P5

“j'attends d'être reçue par quelqu'un, par un médecin, (...)pour savoir comment je dois cuisiner, comment je dois faire.” P10 mère

“je voulais qu'il soit un peu suivi pour après, savoir comment agir avec lui s'il me dit qu'il a faim à 2h et pas à midi..” P10 mère

“je n'ai pas d'explication. Et j'aimerais qu'on m'en donne une” “on comprend plus rien. On a besoin de la médecine.” P12 (mère)

Une problématique pour les parents est celle des messages contradictoires entendus au cours des prises en charge, les parents se sentent perdus et se remettent en question.

“Comment je fais ? parce qu'on nous dit toujours de manger à heures régulières. Lui me dit en fait qu'il faut manger quand on a faim” P10 mère

“par contre là où je me pose des questions c'est quand même sur les heures de repas...” P10 mère

“j'avais le conflit des deux (pédiatre et médecin généraliste)...Parce que bon des fois j'allais chez elle voilà... (...) lui me disait toujours que tout allait bien. Et elle, que non, ça ne va pas. Donc il y avait un conflit d'intérêt entre les deux.” P13

Il arrive qu'un trouble psychologique ou psychiatrique empêche une prise en charge du poids optimale et nécessite d'être géré avant la question du poids.

"Il n'y a rien dans le contexte qu'il vit au quotidien qui va permettre ça" J'ai presque l'impression que ça prend de l'ampleur pour lui. Cette phobie sociale là. Qui l'isole. Et du coup il n'y a rien qui peut changer pour l'instant quoi..." P10 père

"il a fallu qu'on arrête avec la psychologue parce qu'elle avait besoin d'une prise en charge spécifique et dans un autre cadre. (...) Donc elle ne travaille plus du tout le rapport à l'alimentation mais que son autre problématique" P11

La prise de poids et l'échec de prise en charge sont également causés pour certains parents par la discrimination à l'encontre des personnes en situation d'obésité.

"Les gens quand ils voient des personnes grosses, ils se disent jamais "oh la pauvre elle est grosse". Par contre quand on est trop maigre "oh la pauvre elle est maigre". Alors que je pense qu'il faut plaindre les deux." P11

"elle me disait qu'elle avait plein de copines qui avait déposé des CV etcetera. Je sais la discrimination aux gros malheureusement. C'est connu on parle de la discrimination des Noirs mais on parle pas de la discrimination des gros. Quand on va se présenter à un boulot c'est rédhibitoire. Donc c'est plutôt ce côté-là, le regard de la société." P12 (mère)

"on part acheter des vêtements, c'est la croix et la bannière, il n'y a rien qui est conçu au delà de la taille 44(...) c'est le parcours du combattant." P12 (mère)

"pour les femmes pour les hommes, c'est tout en slim. On ne rentre dans rien" P12 (père)

"C'est comme quand quelqu'un te dit "tu as maigri" il faudrait le prendre bien ...Ben moi je le prends mal ! parce que ça veut dire "avant tu étais gros" Et ouais je m'excuse, je le prends mal. Donc je préfère qu'on ne dise rien. Bah ouais c'est vrai c'est gênant. " P12 (père)

Les parents sont plutôt critiques à l'égard de l'industrie agro-alimentaire moderne et la façon dont est gérée la publicité autour de l'alimentation par les entreprises et les pouvoirs publics.

“c'est tout le matraquage derrière ...Les pubs, les machins sur les gâteaux, les trucs, les sucreries... Et même dans les magasins il n'y a plus un produit où il n'y a pas de sucre.”

“Mais il y a du sucre dedans c'est bourré de sucre ! Et on sait bien que le sucre, c'est un ennemi.” P10 père

“Les ados, ils ont des tentations de partout. La publicité, les autres dans la famille où ils vivent... Il y a des cochonneries partout ! “ P11

“La solution, vous savez ce serait quoi ? (rires) Ben d'attaquer toutes ces grandes boîtes là ...de Coca-Cola sans dire de... de sucrerie. Dans les grandes surfaces de pas mettre les sucreries en libre-service, là, devant les caisses.”P11

“déjà le ministre de la Santé il avait enlevé les goûters aux écoles...Les enfants ils sont suralimentés. “ P11

“on a regardé l'émission de Cymes. C'est ça, c'est un gros problème de société je pense. Enfin des gens qui fabriquent et qui nous proposent l'alimentation qu'on a.” P13

La société évolue et on observe des changements de comportement des différentes générations ainsi que des différences d'habitudes alimentaires. Les adolescents d'aujourd'hui ne sont pas les mêmes que ceux d'hier.

“Nous à notre époque, on aimait bien tous se réunir autour d'une fontaine. On refaisait le monde. On rigolait... On bougeait !” P1

“Sur un parent qui a 40 ans maintenant c'était les débuts de l'industrialisation alimentaire. (...) , il y a des bébés qui n'auront connu que la nourriture industrielle“ P4 (offre alimentaire qui a évoluée au cours du temps)

“les jeunes ils sont de plus en plus sédentaires devant leur console, devant leur téléphone tout ça...” P10 père

3.5. [Attentes des parents vis à vis du médecin généraliste concernant la prise en charge du poids de leur enfant](#)

Nous remarquons à l'évidence que les attentes des parents font écho aux difficultés qu'ils ont mises en exergue dans les parties précédentes.

Certains parents souhaitent que le sujet du poids soit abordé par le médecin, de façon plus libre, sans tabou, comme un autre problème de santé, de façon plus systématique et pour tous les membres de la famille.

“qu’il aborde les choses différemment” P2

“En discuter un peu plus “ P8

“déjà qu’il en parle librement. Parce que ça se voit donc pourquoi ne pas en parler ?! “ P10 mère

Un point essentiel est l’écoute active dont peut faire preuve le médecin pour renforcer l’engagement dans la relation.

“il a été très à l’écoute de tout ce qu’elle pouvait dire” P2

“pour moi, c’est l’écoute” P13

“elle est très à l’écoute.” P14

Favoriser une bonne alliance thérapeutique permettra selon les parents une meilleure prise en charge globale de l’adolescent.

“Avec un médecin généraliste, on a vraiment contact.” P6

“La confiance en le médecin je crois que c’est déjà pas mal. Surtout un enfant, s’il a confiance, il prend plus conscience de ce qu’on lui dit par rapport à ça” P6

“C’est sûr que le médecin généraliste c’est le médecin qui va voir quelqu’un régulièrement et qui le connaît. “ P12 (mère)

Une bonne prise en charge du poids doit passer par la valorisation de tous les efforts, un travail sur la motivation et le soutien de l’adolescent et des parents dans cette démarche.

“par rapport à la perception qu’on a de soi-même... même si c’est pas toujours facile, il faut absolument valoriser tous les efforts même si c’est 2 grammes on les valorise. Tous les résultats doivent être valorisés. “ P4

“ La confiance en soi c’est primordial.” P4

“que quand on va le revoir la prochaine fois, s’il lui dit “ah bah c’est bien tu as fait un effort. Et puis ça se voit tu as perdu du poids.” Et ben oui ça va l’encourager” P6

“C’est rien, c’est un kilo mais c’est énorme quand on veut maigrir” P10 mère

“Ça marche bien parce que il avait une fonction un peu de coach” P12 (père)

“Qu’elle ne soit jamais dans la critique négative... toujours à positiver“ P13

Une attitude bienveillante et de réassurance permettra d’éviter la culpabilisation des familles et redonner confiance en leurs capacités au changement.

“il l’a rassurée “ P2

“C’est quand on est soi-même un peu plus sûr de soi et qu’on ne se sent pas rejeté, ça fait boule de neige.” P4

“ne pas mettre en cause les parents obligatoirement” P14

Comprendre les conditions socio-économiques des patients et leurs habitudes permet au médecin d’adapter ses propositions de prise en charge.

“Mais il faut comprendre aussi les gens qui sont en difficulté.” P1

“pour les enfants qui sont en surpoids, il faudrait que les activités soient gratuites. Parce que là, tout ce qui est activité c’est hyper cher.” P7

Certains parents attendent des conseils adaptés de la part du médecin généraliste mais plutôt au sujet du comportement alimentaire et pas de régimes restrictifs.

“voir plus sur les méthodes un peu plus modernes quoi, comportementalistes (...) en tout cas pas forcément l’analyse de l’assiette” P2

“ça on devrait l’apprendre aux enfants tout petit” P11 (à propos de l’écoute des sensations alimentaires)

“c’est plus axé sur le comportement alimentaire qu’elle travaille et je crois que c’est mieux” P13

Personnaliser les conseils au mode de vie des familles est un des atouts du médecin généraliste puisqu’il est souvent le mieux placé pour connaître les habitudes des foyers.

“de faire un parallèle sur les habitudes de vie pour voir, comment conseiller parce que c’est souvent lié à des habitudes de vie familiale les problèmes de surpoids. Lié à l’absorption de nourriture déséquilibrée quoi. “ P4

“Il nous connaît. Et c’est du cas par cas en fait. “ P6

“En fonction de leur enfant, parce qu’on peut pas non plus faire de règle générale avec tous les enfants” P11

Moins prisés que les conseils diététiques, le médecin est attendu pour ses recommandations en termes de pratique d’activité physique.

“le médecin il peut rappeler qu’il faut faire de l’activité physique.” P10 père

Les parents sont nombreux à identifier le dépistage précoce et l’annonce de la problématique de poids comme un des aspects majeurs du rôle du médecin dans

cette prise en charge. Ils souhaitent être avertis dès le plus jeune âge de l'enfant afin de pouvoir rectifier l'évolution de la courbe de poids et intervenir rapidement. Des précautions doivent être prises pour annoncer le diagnostic en douceur, sans heurter l'adolescent et ses parents. Cela conditionne la suite de la prise en charge.

“on nous a alerté en disant “oui il y a une prise de poids qui se fait de plus en plus rapide”. Et là avant qu'on puisse plus du tout aider, vaut mieux qu'on puisse voir ce qu'il en est.” P4

“Déjà un médecin généraliste qui connaît l'enfant depuis qu'il est tout petit va être attentif à l'évolution du poids et de la taille et donc va alerter. “ P5

“le fait que le généraliste puisse peut-être dire à des gens qui sont un peu dans le déni que leur enfant a un problème de surpoids, ça je trouve ça normal.” P9

“c'est au généraliste peut-être de déceler et essayer de convaincre les parents de faire suivre leurs enfants. “ P9

“dès que l'enfant dépasse les normes. Très tôt, orienter si eux ils n'ont pas le temps.” P11

“c'est une alerte qui peut être faite auprès des parents quand les enfants sont jeunes, parce que parfois c'est bien que quelqu'un nous le dise” P12 (mère)

“Voilà jeune, on peut faire des actions, après c'est trop tard.” P12 (mère)

“Tranquillement quoi je veux dire... ça n'a pas été frontal. Au contraire et puis moi je l'ai bien vécu ” P13

Écarter un diagnostic d'obésité secondaire ou un autre problème de santé associé, si cela est nécessaire, permet aussi de rassurer les parents et répondre à leurs interrogations.

“qu'il surveille ça vraiment.(...) qu'il fasse des prises de sang pour savoir s'il y a des problèmes” P7

“il faut regarder s'il a du diabète, s'il y a pas si, pas là...” P11

“j'ai eu peur qu'il y ait un problème de diabète voilà, un dérèglement quoi. Et non ils ont fait les prises de sang et tout va bien. Moi ça m'a rassuré” P13

Une prise en charge optimale passe par un suivi régulier et au long cours selon les familles, avec des discussions à ce sujet au moment des examens systématiques ou lors de visite familiale annuelle par exemple et afin de maintenir la motivation lorsqu'une prise en charge est amorcée.

“au moins une fois l'an quand la famille vient pour la visite” P4

“un suivi plus régulier (...) parce que là, Palavas c'est une fois par an voir tous les 6 mois.” P5

“Si jamais j'allais le voir par exemple pour ça. J'aimerais qu'il y ait un suivi. Que ce soit toutes...peut-être pas toutes les semaines mais tous les 15 jours.” P6

“Je pense vraiment qu'il peut donner des rendez-vous à tel moment. Dire “Non là, ça va pas, il faut vraiment pas prendre de poids”. Prendre un autre rendez-vous après” P7

“Et dire “ben moi je te propose une consult entre deux”. Peut-être pour le peser. Ça serait pas mal, ça ferait du soutien, du suivi plus rapproché.” P11

Le recours aux consultations dédiées au sujet du poids peut être envisagé, afin de de prendre le temps nécessaire pour écouter et discuter de l'évolution de la situation.

“Faudrait qu'on ait des consultations, faudrait qu'on aille régulièrement chez elle rien que pour ça.” P11

Le médecin généraliste est plus facilement accessible qu'un spécialiste, du fait de sa plus grande disponibilité et sa proximité géographique. Ce qui peut encourager une autonomisation de l'adolescent dans sa prise en charge.

“un suivi (...) plus proche” “Ce qui est intéressant, c'est justement la proximité avec le généraliste et le fait de pouvoir le voir facilement rapidement.” P5

“I. il faudrait quelque chose de proximité où elle puisse aller par elle-même” P11

La prise en charge par le médecin généraliste doit être globale, c'est à dire tenir compte des différents facteurs influençant l'évolution du poids. Il est donc nécessaire de travailler d'éventuelles troubles psychologiques souvent associés aux problèmes de poids.

“il y a des points de détails mais il faut revenir à la globalité souvent.” P4

“Je pense qu'il faut aller un peu plus loin que ça et chercher d'où ça vient.” P14

Une prise en charge globale signifie aussi intervenir auprès de la famille au complet. Le médecin peut proposer des modifications thérapeutiques du mode de vie qui seront bénéfiques à tous les membres de la famille et ainsi maintenir une cohésion familiale autour de la prise en charge de l'adolescent.

“si le médecin généraliste il voit que le père et la mère sont déjà en surcharge...ben te dire qu'il y a toutes les chances malheureusement, sans vouloir mettre.... de dire que les gens sont dans des cases... Mais c'est dire bon, ils ne s'alimentent peut-être pas forcément bien et l'enfant il a toutes les chances d'avoir de mauvais exemples” P11

Le médecin peut évaluer le niveau de motivation de l'adolescent, travailler sur son ambivalence si elle existe et maintenir sa motivation dans le temps. L'implication de l'adolescent dans sa prise en charge est indispensable quel que soit son âge, sa maturité et son degré d'autonomie.

“Parce qu'il est partie prenante. Ca change vraiment les choses. “ P4

“Après c'est à M. de juger si oui ou non il est motivé, s'il a envie de le faire. Donc peut-être une motivation” P6

Utiliser un vocabulaire adapté à l'âge de l'adolescent et profiter d'outils pédagogiques permet au médecin de faire passer ses messages.

“bien expliquer aux enfants le principe de voilà, c'est maintenant, comme on a expliqué la dernière fois, si tu ne fais pas attention maintenant c'est plus tard que ça va se répercuter” P6

“Surtout pour un enfant quoi, ils sont pas comme nous, ils comprennent pas forcément les tenants et les aboutissants de tout....” P13

“que les mots employés soient simples. Tout l'aspect visuel aussi pour les explications, les aliments, les machins... ça c'était bien. Et l'histoire de la courbe aussi, de dire “bah voilà tu es là, même si elle n'y est pas arrivée... mais tu devrais être plutôt là” (rires)” P13

Il est possible pour le médecin de préparer l'adolescent aux changements qu'il va rencontrer au cours de son développement normal, notamment la puberté, et d'anticiper des discussions potentiellement gênantes en les abordant plus tôt.

“Elle lui en a déjà parlé. Elle a préparé le terrain par rapport à ça” P13

L'adhésion de l'adolescent ne suffit pas toujours et l'implication des parents dans le choix de prise en charge est à rechercher par le médecin généraliste. Les parents seront d'autant moins à impliquer que leur enfant est mature et autonome. Ils restent cependant des soutiens au quotidien de leurs enfants et doivent être partenaires de la prise en charge.

“orienter les parents, pour que les parents déjà apprennent à comment alimenter leurs enfants “ P11

“Si c'est un médecin généraliste qui le connaît depuis jeune, je pense que c'est un sujet qu'on peut aborder avec les parents.” P12 (mère)

“Parce que bon si les parents ne sont pas intégrés dans le programme, ça ne marche pas non plus.” P13

Le médecin peut déconstruire des préjugés et expliquer aux familles les conséquences de l'excès de poids ainsi que le déroulement de la prise en charge.

“l'intérêt d'avertir ou d'alerter, ça peut surprendre des familles en disant “oh bah non, de toute façon il va grandir, il va s'étirer” comme on dit souvent, communément.” P4

“E. (MG) m'a répondu “non c'est pas ça. C'est juste de stabiliser le poids”.” P13

Chaque personne ne réagit pas de la même façon au moment de monter sur la balance. Les avis divergent au sujet d'instaurer une pesée systématique. Nous retenons qu'il est nécessaire de peser l'adolescent puisque cela relève de l'examen clinique, mais qu'il n'est pas primordial de le faire de façon systématique. Cela permet de travailler sur la flexibilité cognitive des personnes.

“si quand même ça relève de l'examen classique” P9

“je pense que les généralistes, ils doivent faire des poids et mesures.” P11

“tiens monte sur la balance” ça peut amener le sujet.”P12 (mère)

“ça a été de toute façon, elle sait que des fois ça se passe comme ça. Mais même chez E. (médecin) parfois c'était le cas, parfois non.” P13

“Pas pesée c'est bien aussi. E. (MG) ne le faisait pas forcément. (...) que ce ne soit pas systématique, c'est peut-être bien. Parce que ça lui enlevait probablement un stress à elle. ” P13

Il est attendu par les familles que le médecin généraliste les oriente vers des spécialistes quand cela est nécessaire.

“s'il y a des choses à mettre en place des conseils nutritionnels ou je sais pas, c'est bien de consulter des spécialistes, je pense qu'ils seront mieux à même de nous aider” “ si ça relève d'une aide parce que vraiment c'est un problème qui prend de l'ampleur et qu'on n'arrive pas à le gérer par de simples conseils... “ P5

“Qu'il m'oriente vers quelqu'un d'autre. J'aurais bien voulu avoir une nutritionniste.”

P7

“Qu’il nous oriente dans des centres spécialisés.” P8

“Très tôt, orienter si eux ils n’ont pas le temps.” P11

Le rôle de coordonnateur du suivi de l’adolescent est la plupart du temps attribué au médecin généraliste. Les parents attendent qu’il assure la transition de prise en charge de l’adolescence à l’âge adulte.

“Qu’il nous oriente (...) Parce qu’après 18 ans, Palavas c’est fini” P8

“elle (la médecin) reçoit des lettres de Croque Santé. Ou des comptes-rendus de Palavas. Et à chaque fois, elle demande à I. ” Alors I. comment ça va ?” et tout ça” P11

“Là je pense qu’adolescente, ce sera encore un autre discours qui va se mettre en place.” P13

Pour une des mères, cela demande de la motivation au médecin pour s’investir dans cette prise en charge complexe.

“pour celui qui est motivé, il peut très bien faire le rôle de nutritionniste. Mais bon je pense que ça demande au départ de la motivation du généraliste.” P9

4. Analyse croisée

4.1. Perception du poids

Certains parents dédramatisent la situation et ont tendance à sous-estimer le poids de l’adolescent, ce qui peut contribuer à laisser l’enfant insouciant.

A l’inverse quand ce sont les adolescents qui dédramatisent et pensent que la croissance leur permettra de retrouver les normes pondérales, les parents s’en inquiètent et aimeraient plus de considération à l’égard de ce problème de la part de leur enfant.

Il est à noter que ce sont les enfants les plus jeunes qui ont tendance à banaliser le sujet. Les adolescents plus âgés subissent plus de pression sociétale et sont plus enclins à avoir conscience de leur corpulence.

4.2. Aborder le sujet avec le médecin généraliste

Pour les adolescents, la principale difficulté rencontrée par le médecin est sa façon d’aborder le sujet et le moment qu’il choisit pour le faire. Cette difficulté est aussi la leur.

Pour les parents, il est moins difficile de parler du poids de leur enfant donc même s’ils évoquent les discours médicaux culpabilisateurs, ils mettent d’autres difficultés en

exergue tels que les manques de temps et de connaissances. Ils ne perçoivent pas tous cette gêne éprouvée par leurs enfants.

4.3. Difficultés du médecin généraliste dans sa prise en charge

De prime abord, les parents et les adolescents ne trouvent pas les médecins généralistes en difficulté. Cependant, nous décelons aisément le malaise, voire la souffrance causée par l'attitude de certains médecins rencontrés.

Il y a plus de remise en question du rôle du médecin dans cette prise en charge par les parents que par les adolescents. Peut-être du fait de meilleures connaissances et expérience du système de santé ? Peut-être à cause de leur esprit critique plus développé ?

4.4. Attentes vis à vis du médecin généraliste

Il n'est pas retrouvé de différences d'attentes marquantes, entre adolescents et parents. Les compétences relationnelles passent avant les compétences techniques, et c'est un besoin d'accompagnement qui ressort des entretiens.

Il est à noter, qu'ils ont très peu d'attentes au sujet de l'activité physique. Bien que les régimes restrictifs soient toujours aussi populaires, les parents et adolescents rencontrés n'ont aucune attente de cet ordre !

4.5. Responsabilités de la prise de poids / de l'échec de prise en charge

Nous remarquons que la majorité des adolescents se sentent responsables de leur prise de poids ou de l'échec de leur prise en charge. Ce phénomène est révélateur de la stigmatisation ambiante qui accuse les personnes obèses de manquer de volonté. Dans l'imaginaire collectif, une personne en surpoids est entièrement responsable de sa situation et peut donc seule changer son poids. Les adolescents de notre étude quels que soit leurs âges semblent malheureusement avoir intégré ce concept.

Concernant les parents, certains profils se détachent :

- Les mères culpabilisatrices qui s'attribuent l'entière responsabilité de la prise de poids à l'échec de prise en charge, quel que soit l'âge de leur enfant.
- Ceux qui se sentent moins responsables : les parents des adolescents majeurs du fait de l'autonomisation de leur enfant et les parents des adolescents insouciants qui n'ont pas eu de "déclic" et vivent bien avec leur poids.

V- DISCUSSION

1. Limites et points forts de l'étude

1.1. Limites de l'étude

Les conclusions de notre étude doivent être analysées en prenant en compte un certain nombre de biais (97).

Notre échantillon comprend 14 familles, ce qui peut paraître peu au vu de la complexité du sujet abordé. Nous arrivons cependant à saturation des données pour répondre aux objectifs de notre étude.

Il faut considérer un biais de sélection des patients puisque les familles ont été recrutées par l'intermédiaire de centres hospitaliers, de médecins ou de réseaux de santé qui prennent en charge spécifiquement des problèmes de poids, ce qui explique que certaines familles n'aient pas abordé le sujet du poids avec leur médecin généraliste et ce qui rend difficile une généralisation des résultats.

Le fait que cette étude soit qualitative et emploie des entretiens semi-directifs apporte un certain nombre de biais tel qu'un biais de formulation, avec des questions qui peuvent être mal comprises ou interprétées par les interviewés, ou alors non adaptées au contexte. Ceci peut entraîner des réponses différentes de celles obtenues avec des questions plus précises ou recontextualisées.

Un biais de mémorisation est à noter puisque nous faisons appel aux souvenirs des interviewés, qui peuvent être flous ou incertains. De plus, les interviewés cherchent parfois à obtenir un discours cohérent et donc à adapter leurs futures réponses aux précédentes. Ils mobilisent leur mémoire afin d'homogénéiser leur récit.

Un biais de valorisation est possible puisque les interviewés par peur de se sentir jugés, par crainte de la critique ou en recherchant de la considération, peuvent répondre aux questions en essayant de se mettre en valeur et décrire un comportement éloigné du réel au profit d'un comportement qu'ils considèrent plus exemplaire.

Les entretiens se sont déroulés en face à face, ce qui peut impliquer un biais lié aux caractéristiques personnelles des enquêtrices. Les parents et adolescents peuvent

répondre différemment en fonction de l'âge, du sexe, de l'apparence, de la corpulence... de l'enquêtrice, et selon leurs propres caractéristiques personnelles. Ces freins potentiels n'ont pas été perçus lors des entretiens mais existent peut-être.

Un biais d'interprétation des verbatim est également possible malgré la triangulation des données. Les mots et expressions employés par les interviewés ne sont pas toujours utilisés avec leur sens commun et possèdent une autre signification dans un contexte précis.

Il est nécessaire de rapporter que le protocole de l'étude n'a pas été validé par le comité d'éthique du Collège Nationale des Généralistes Enseignants pour des problèmes d'a priori vis à vis de la prise en charge des médecins généralistes dans la façon de formuler les questions de recherche (induction qu'il existe une difficulté de prise en charge). Nous avons tenu compte de leurs remarques et avons modifié certaines questions. Nous avons néanmoins décidé d'interroger les familles qui ont pour la plupart plutôt réfuté d'éventuelles difficultés de prise en charge de la part de leur médecin et explicité leur point de vue. Il nous a semblé utile de remettre en question les pratiques en médecine générale et oser demander aux personnes les reproches qu'elles avaient à adresser au corps médical mais aussi les qualités et points forts des prises en charge afin de mieux comprendre leurs attentes.

1.2. *Limites liées à l'entretien des adolescents*

Comme il est expliqué ci-dessus, il était parfois difficile pour ces adolescents de se remémorer les prises en charge qui avaient été envisagées auparavant. Une rétrospection sur les échecs et leur vécu n'était donc pas évidente, surtout pour les plus jeunes d'entre eux.

Aussi, certains adolescents présentaient des pathologies associées à l'obésité, telle qu'une dysphasie ou un trouble des fonctions intellectuelles, ce qui a limité la compréhension des premières questions.

Exprimer son ressenti voire sa souffrance vis-à-vis d'un sujet aussi délicat n'est pas une chose aisée pour un adolescent, d'autant plus face à un jeune médecin qu'il ne connaît pas. Les réponses à certaines questions restaient donc pour certains d'entre eux concises et brèves, et ce, malgré plusieurs relances.

L'enquêtrice s'est parfois sentie déstabilisée face la réaction de quelques adolescents qui se sont montrés réticents à notre arrivée au domicile. Néanmoins, au fur et à mesure des entretiens, l'enquêtrice a réussi à avoir plus d'aisance pour aborder les adolescents et sa manière de procéder en démarrant l'entretien (en utilisant l'humour notamment) leurs permettait d'être plus en confiance pour discuter.

Plusieurs des adolescents recrutés étaient suivis dans un réseau de santé dédié à l'obésité ou issus de service de Nutrition en centre hospitalier. De ce fait, il existait déjà une prise de conscience sur certaines notions. Cela peut ainsi induire un biais quant aux attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste. Cela nous a donc permis de constater quelle place celui-ci gardait dans leur prise en charge, une fois qu'ils étaient intégrés dans un centre de 2^{ème} ou 3^{ème} recours.

1.3. Limites liées à l'entretien des parents

Du fait du biais de recrutement précédemment cité, les parents étaient tous concernés par le sujet du poids de leur enfant a minima. Nous n'avons pas eu de cas de déni d'un excès de poids. En revanche, l'évaluation du poids des adolescents par les parents n'était pas toujours juste.

Le fait que la prise en charge de certaines familles soit déjà amorcée dans un centre hospitalier ou par l'intermédiaire d'un réseau de santé, peut amener un biais au sujet des attentes des parents vis à vis de la prise en charge en médecine générale. Cependant, cela permet de comprendre quel rôle peut jouer le médecin, selon les parents, lorsque l'adolescent est entré dans un parcours de soin spécialisé.

Nous avons noté dans les caractéristiques de la population des parents que seuls 2 pères ont participé aux entretiens (dont un qui est arrivé en cours d'entretien, donc réalisation d'un entretien commun avec l'épouse). Avoir les témoignages des 2 parents à chaque fois et séparément, aurait permis d'avoir un complément d'informations au sujet des raisons évoquées pour expliquer l'échec de prise en charge et mieux se rendre compte du partage des responsabilités au sein des foyers. Nous avons remarqué que les mères culpabilisent beaucoup, il aurait été intéressant d'avoir le ressenti des pères. En même temps, la participation d'une majorité de mères est aussi probablement révélatrice de l'intérêt portée par les mères à la santé de leur enfant et de leur plus grande disponibilité.

Une des mères interrogées a un père médecin généraliste avec qui elle avait déjà abordé la prise en charge du poids. Elle nous a donné l'avis de son père au sujet des difficultés de prise en charge tout en critiquant et donnant également son point de vue. Elle a naturellement fait preuve d'une empathie différente à l'égard des médecins généralistes et a donné des arguments non pris en considération par les autres parents, telle que la rémunération des médecins.

1.4. Points forts de l'étude

Cette étude est la seule en Occitanie à s'être intéressée au ressenti des adolescents et leurs parents au sujet de la prise en charge du poids par les médecins généralistes et à utiliser cette méthodologie.

La population d'adolescents a pu être recrutée en binôme avec au moins un des deux parents, ce qui a permis de réaliser une analyse croisée des résultats.

Les adolescents de notre échantillon présentent des âges variés, allant de 10 à 19 ans, telle que l'adolescence est définie par l'OMS. Toutes les tranches d'âge sont représentées et permettent de faire une analyse plus pertinente des résultats.

Les familles sont représentatives de la population générale dans le sens où elles habitent dans des milieux variés (urbain, semi-rural ou rural) et viennent de différents départements d'Occitanie (Hérault et Gard). Notre échantillon est composé de familles de différents niveaux socio-économiques et différentes catégories socio-professionnelles (employé, cadre, sans emploi...).

Concernant la réalisation des entretiens, la possibilité de rencontrer les familles à leur domicile, la plupart du temps, a permis d'instaurer un climat de confiance plus rapide selon nous et se mettre dans les conditions propices à la confiance.

Nous avons préféré réaliser uniquement des entretiens en face à face et non par téléphone, pour permettre une meilleure compréhension des questions et objectifs de notre étude, une meilleure analyse du non verbal et aussi un meilleur engagement dans la relation.

L'utilisation d'entretiens semi-directifs autorise les relances pour approfondir les réponses des interviewés et améliorer la fluidité de l'entretien, et grâce à des questions ouvertes pour laisser le champ libre à toutes les réponses.

2. Discussion croisée

2.1. Défaut d'évaluation du poids

2.1.1. *Par les adolescents*

L'IMC permet de catégoriser les personnes en fonction de leur corpulence mais ne tient pas compte de leur ressenti à l'égard de leur corps, qui est pourtant à l'origine d'un grand mal-être.

Notre approche qualitative nous a permis de nous rendre compte que les catégories basées sur l'IMC n'étaient pas adaptées et ainsi de démontrer la complexité et l'individualité de ces perceptions.

En Ecosse également, les entretiens de 36 adolescents en surpoids ou obèses de 13 à 14 ans sur la perception de leur corps n'ont pas été simples à généraliser (98). Les trois-quarts de ces jeunes avaient soit des avis positifs valorisant sur leur poids et leur taille ou certains aspects de leur corps, soit se disaient juste à l'aise dans leur corps.

L'excès de poids n'empêchant pas ces adolescents d'accepter leur corps et ne provoquant pas d'altération de leur bien-être, nous pourrions nous demander si cette notion de vécu ne devrait pas être prise en compte pour définir l'obésité, qui est considérée comme une maladie par l'OMS.

De plus, certains adolescents de notre échantillon sous-estimaient ou étaient dans le déni concernant leur problème de poids.

Plusieurs études ont révélé qu'effectivement les adolescents n'avaient pas conscience de leur surpoids. Une étude réalisée au Royaume-Uni interrogeant plus de 4 000 adolescents de 14 à 15 ans a indiqué que la sous-estimation du poids était d'ailleurs plus importante chez les garçons (99).

En Suède, une autre étude transversale (100) a évalué les biais de corpulence auto-déclarés par 2726 adolescents de 15 ans. Si les praticiens se fiaient aux seules déclarations de ces jeunes concernant leur poids et leur taille, 35% des filles obèses et 48% des garçons obèses resteraient non détectés.

2.1.2. Mais aussi par les parents

Dans notre étude, tous les parents étaient conscients du problème de poids de leur enfant, probablement du fait du biais de recrutement déjà évoqué.

Cependant, nous relevons une tendance à sous-estimer l'importance de la corpulence de l'adolescent. C'est ce qui est mis en évidence dans plusieurs études dont une dans laquelle 79% des parents d'enfants obèses ne reconnaissent pas le problème de poids de leurs enfants, et pour ceux qui le reconnaissent, 41% ne le perçoivent pas comme un risque pour la santé (101).

La sous-estimation diffère en fonction du sexe de l'enfant : 44% de sous-estimation chez les filles et 67% chez les garçons dans une étude australienne de 2006 dans laquelle étaient interrogés 348 parents (102).

Il est retrouvé une meilleure perception du poids de l'enfant par ses parents lorsque ces derniers ont un niveau d'éducation supérieur qui est associé à une meilleure compréhension des informations liées à la santé (103).

2.1.3. Influence de la puberté sur cette perception du poids

Il faut reconnaître que les trois adolescents de notre étude qui ne considéraient pas leur poids comme un problème de santé étaient âgés de 10 à 13 ans, donc en cours de première adolescence.

Les travaux de Williams et al. (104) permettent d'affirmer que le moment de la puberté influence l'image du corps et l'estime de soi. Parmi les 1 000 adolescents de 11 ans inclus, ce sont ceux dont la maturation était plus précoce avec de faibles niveaux d'estime de soi qui étaient associées à une évaluation péjorative de leur corpulence. Dans l'article, l'association est inversée : ce sont ceux dont la maturation était plus précoce et avec une évaluation péjorative de leur corpulence qui présentaient un plus faible niveau d'estime d'eux-mêmes.

Nous devons donc rester vigilants aux mots que nous pourrions employer en tant que médecin lorsque nous nous adressons à ces jeunes qui, probablement n'ont pas encore la maturité pour critiquer leur prise de poids. Cela pourrait avoir un impact psychologique chez ces adolescents qui n'ont aucune mésestime de leur image corporelle.

2.2. Représentation des parents et des adolescents autour du poids

Nous remarquons dans notre étude que les parents ont tendance à associer la prise de poids de l'adolescent et l'échec de sa prise en charge à de nombreux facteurs extérieurs. Cela est retrouvé dans une étude danoise de 2013 (105) qui révèle que les parents d'enfants en surpoids semblent plus convaincus que l'excès de poids de l'enfant disparaîtra spontanément au cours du développement que les parents d'enfant de poids normal. Ils évoquent moins l'alimentation et l'activité physique comme facteurs associés à la prise de poids lorsque leur enfant est en surpoids.

Les représentations qu'ont les parents de la prise de poids de leur enfant influent sur leur participation pour une future prise en charge.

Connaitre ces représentations, pour le médecin généraliste, aura un réel intérêt au moment d'aborder ce sujet et de proposer une prise en charge.

2.2.1. Risque de Troubles du Comportement Alimentaire chez l'adolescent selon sa perception du corps

Le récit de la 12^{ème} adolescente de notre échantillon est intéressant car il soutient, en effet, que lorsque la place du poids est trop omniprésente dans la vie de l'adolescent, il peut devenir un problème lorsqu'il est surestimé et surinvesti. Cela peut conduire à des comportements obsessionnels face à l'alimentation. Dans ce cas, le rôle du médecin généraliste est essentiellement d'évoquer le diagnostic, et de faire comprendre l'importance à l'adolescent et à ses parents d'une consultation rapide auprès d'un spécialiste.

A l'inverse, les autres jeunes de notre étude qui gardaient une juste appréciation de leur poids, envisageaient plutôt une alimentation santé et essayé de reprendre une activité physique à leur rythme.

En 2015, une étude transversale menée au Brésil (106) sur la santé des adolescents âgés de 13 à 17 ans visait à analyser le lien entre la perception de l'image corporelle et les comportements extrêmes de contrôle du poids. La prévalence des vomissements ou de l'utilisation des laxatifs chez les adolescents qui se considéraient faussement « très gros » était significativement 2 fois plus élevée pour les garçons et significativement 5 fois plus élevée pour les filles. Cette conclusion est néanmoins controversée par une autre étude (107) qui révèle que la perception erronée du poids chez les adolescents obèses ou en surpoids était plutôt associée à un comportement bénéfique pour la santé (faire plus d'activité physique, manger plus de légumes...).

Toutefois, il serait préférable de discuter avec l'adolescent de sa conception corporelle si des modifications des habitudes de vie, même minimales, sont à préconiser.

2.2.2. Transmission intergénérationnelle de restrictions cognitives et préoccupations autour du poids

Les parents de notre étude se disent majoritairement réfractaires aux régimes mais utilisent néanmoins des stratégies de restriction ou évitement alimentaire avec leur enfant dans le but de lui faire perdre du poids.

Comme expliqué précédemment, exercer ce genre de contrôle excessif sur ce que mange l'enfant crée un environnement qui peut promouvoir le développement du surpoids et des troubles du comportement alimentaire. Obliger l'enfant à finir son assiette peut être contre-productif car cela réduit sa capacité à écouter ses sensations de faim et satiété.

Dans notre étude, plusieurs mères reconnaissent faire autant attention au poids de leur enfant qu'au leur. La littérature scientifique retrouve cette notion que les mères qui régulent leur poids, incitent volontairement ou non leurs filles à contrôler aussi leur poids. Nous notons une plus grande consommation de produits gras chez des adultes si leurs mères étaient restrictives et si les enfants avaient une pression pour finir leur assiette (108).

Les parents doivent prendre conscience du rôle de modèle qu'ils ont pour leurs enfants à travers leur propre comportement alimentaire, car les enfants sont plus influencés par les actes que par les paroles. Dans une revue de littérature publiée en 2008, il est mis en évidence que l'adage "Fais ce que je dis, pas ce que je fais" ne fonctionne pas avec les enfants (109).

2.3. Aborder le sujet du poids en médecine générale

2.3.1. Point de vue des parents

2.3.1.1. Vécu de l'annonce par les parents

Dans notre étude, nous retrouvons des réactions variées de la part des mères à l'annonce du diagnostic et une étude norvégienne (110) le confirme : colère, surprise ou encore honte quand elles ne sont pas préparées et cela provoque une envie de se défendre. Mais dans cette étude, il est aussi décrit un sentiment de gratitude, non exprimé par les mères de notre panel.

Cette étude (110) qui a permis de recueillir les impressions des parents après l'annonce d'un surpoids chez leur enfant (4-9 ans), met en évidence une ambivalence : entre un effet positif de l'annonce car il est nécessaire de prendre soin de sa santé et un effet négatif car ils préfèrent que leur enfant ait une bonne estime de lui plutôt qu'il perde du poids. Les parents cherchent avant tout à protéger l'enfant des conséquences de la stigmatisation.

Leur responsabilité de parent est mise en jeu. Le message compris est souvent un échec de leur part en tant que parents, voire en tant que personne, notamment chez les parents en surpoids qui se disent qu'ils n'arrivent pas à gérer le poids de leur enfant car ils ne parviennent pas à se gérer eux-mêmes. Nous retrouvons ici la comparaison que font les parents de notre panel, de leur propre expérience avec celle de l'enfant.

Certains parents ont peur que l'enfant développe un trouble du comportement alimentaire et trouvent cela négatif de se focaliser sur le poids. Comme dans nos entretiens, ils craignent de devoir restreindre l'alimentation seulement pour un membre de la famille.

Plus l'enfant est jeune et moins les parents sont prêts à entendre que leur enfant est en surpoids ce qui explique peut-être que les parents d'adolescents sont plus conscients du problème de poids et plus enclin à le verbaliser (110).

2.3.1.2. Aborder le sujet

Une étude qualitative australienne publiée en 2014 (111) avec une méthodologie similaire à la nôtre, a permis d'explorer les perceptions de familles avec enfants de 4 à 16 ans en surpoids et de médecins généralistes au sujet de la communication autour de la problématique du poids. Il est retrouvé que les familles considèrent qu'aborder le sujet représente un intérêt porté à l'enfant. Elles préfèrent que ce soit le médecin qui amène le sujet et qu'il n'en parle pas devant l'enfant.

Les parents de notre étude n'ont pas proposé que l'annonce soit faite sans l'enfant et c'est peut-être parce que leurs enfants sont adolescents et qu'ils les considèrent comme assez matures.

En conclusion de cette même étude (111), les auteurs notent que les médecins et les parents préfèrent que ce soit l'autre qui aborde le sujet.

Bien que les familles de notre étude souhaitent pouvoir en parler librement, le sujet reste délicat et les parents éprouvent des difficultés à parler avec le médecin généraliste par peur d'être jugés ou grondés au sujet du poids de leur enfant. Dans une autre étude

(112), la crainte exprimée par les parents s'étend jusqu'à avoir peur que les services sociaux soient alertés et qu'on leur enlève leur enfant. Cela révèle l'importance de l'autorité qu'ils prêtent aux médecins.

2.3.2. Point de vue des adolescents

2.3.2.1. Termes préférés des adolescents à employer en pratique

Bien que les adolescents de notre étude aient pour la plupart, conscience du problème de poids, le terme « obèse » reste difficile à verbaliser spontanément. Aussi, à cause de la stigmatisation sociale de l'obésité, ce terme peut être mal compris, être offensant, risquant de perturber la relation qu'a l'adolescent avec son médecin. Il est vrai qu'il n'existe pas d'approche unique pour discuter du statut pondéral mais il nous semble important de s'appuyer sur l'âge, le vécu ou la sensibilité de l'adolescent afin de choisir les termes les moins blessants. Cela permettrait de ne pas compromettre son implication et d'arriver au mieux aux objectifs fixés avec ses parents et lui.

Une étude réalisée aux Etats-Unis, illustre bien ces propos (113).

Ils étaient 148 adolescents âgés de 13 à 18 ans à avoir été interrogés sur leurs préférences en matière de mots à utiliser en santé concernant leur poids. Les termes « gras », « gros » et « obèse » étaient à éviter selon eux. En revanche « problème de poids », « IMC » et « forte taille » ont été classés parmi les mots les plus neutres et moins humiliants. Les mêmes terminologies sont revenues dans une étude similaire (114).

2.3.2.2. Peur du jugement

D'après l'analyse de nos entretiens, les adolescents en surpoids se montrent réservés face à leur médecin car il existe une crainte du jugement ou de stigmatisation. Celle-ci étant déjà présente dans leur quotidien et surtout à l'école. En effet, ces jeunes sont souvent victimes de moqueries à cause de leur poids.

Aussi, certains soignants ont la conviction que la stigmatisation de leur situation pondérale est justifiable et pourrait les motiver à adopter des comportements plus sains. La présence de ce préjugé chez les médecins est d'ailleurs démontrée dans une étude parue dans le Journal Américain de Santé Publique (115). Une autre étude (116) interrogeant notamment des professionnels de santé, a mis en évidence certains stéréotypes : la personne en surpoids ou obèse est fainéante, peu motivée, non volontaire, sans intelligence et ne réussira pas à maintenir un régime. Alors que les

familles se croient protégées des représentations communes dans la relation de soins, cette stigmatisation aurait tendance à menacer la santé psychologique des adolescents, en les démotivant et en ayant un impact négatif sur leur adhésion à la prise en charge proposée.

Les médecins partagent les représentations communes de l'obésité, malgré le "surmoi hippocratique" qui voudrait qu'ils ne tiennent pas compte de l'aspect physique de leurs patients. Mais ceci est qualifié de "fantasme nécessaire" par le Pr Cornet car nous ne pouvons pas vivre dans ce monde sans en avoir une représentation, que ce soit une représentation mentale individuelle ou une représentation collective ou sociale (117)(118).

2.3.2.3. Peur des régimes

Les adolescents interviewés ont tenté des régimes restrictifs afin de perdre ou stabiliser leur poids. Pour tous, cette méthode n'a guère été très efficace, du moins sur le long terme. Selon leur témoignage, les régimes sont vécus comme des échecs avec une hantise d'être à nouveau confronté à cette nouvelle proposition par leur médecin généraliste. La même étude réalisée en Ecosse citée plus haut (98) rapportait également ce sentiment d'échec par les adolescents qui n'arrivaient pas à garder un nouveau régime alimentaire dans la durée, qu'ils soient en surpoids ou avec une corpulence « normale ».

En effet, de nombreuses recherches épidémiologiques tendent à considérer que les régimes sont majoritairement inefficaces au long terme et surtout potentiellement dangereux (119). Avec souvent un faible apport en vitamine, en calcium et en acides gras essentiels, cette hygiène alimentaire va à l'encontre de l'apport nutritif recommandé pour une bonne croissance de l'adolescent.

Il a été aussi démontré que la fluctuation du poids, communément appelé "effet yoyo" est associée à un risque sur le plan métabolique (120). Ainsi, habituer un adolescent à cette pratique restrictive renforcerait le risque de complications cardiovasculaires.

Enfin, une des adolescentes a exprimé des difficultés à se contrôler face aux aliments qu'elle considérait « interdits ». Cette restriction cognitive, complication de la pratique de régimes à répétition, conduit en effet à manger paradoxalement plus lorsque le but est de manger à sa faim (121). Cette mauvaise habitude doit donc être prévenue par le médecin généraliste, notamment, par la réassurance de l'adolescent, en valorisant

plutôt une alimentation diversifiée et en essayant une approche simple et adaptée de l'écoute des sensations alimentaires (122).

2.3.2.4. L'aborder en premier, une épreuve difficile pour les adolescents

Le sujet étant délicat, certains adolescents nous confient ne pas oser l'aborder en premier au cabinet. Ils expliquent néanmoins, ne pas être contre l'idée d'en parler si leur médecin engageait la conversation.

Le Pr Patrick Alvin, dans son livre « *Médecine de l'adolescent* », paru en 2005 (123), explique que les jeunes patients ont souvent du mal à exprimer leur véritable demande de soins. La formulation d'une plainte concernant leur poids devient une démarche complexe pour eux puisqu'elle suppose une rétrospection du vécu, difficile à l'adolescence. Une consultation pour un problème somatique peut être un « faux-ami ». Le médecin généraliste doit savoir le décoder en prenant conscience que leur souffrance reste longtemps muette.

L'adolescent a non seulement du mal à exprimer son mal-être mais est également loin de savoir ce qu'il peut attendre du médecin.

Plusieurs adolescents de notre étude se demandaient même quelle était la place du médecin généraliste dans la prise en charge du surpoids et ce qu'il pourrait bien leur apporter. Finalement, le rôle de celui-ci peut rester simple avec une écoute active et une réassurance ; instaurer un climat de confiance leur permettant de se livrer davantage.

2.3.2.5. Le bon moment pour en parler

En théorie, il est possible pour les médecins généralistes d'aborder le sujet du poids à chaque consultation. Selon la littérature (124), une difficulté pour ces derniers est liée au fait qu'ils ratent les occasions de parler de surpoids dans 40% de leurs consultations. Selon les auteurs, il faudrait qu'ils se rendent compte de leur influence et fasse que chaque rencontre avec les adolescents compte.

Cependant, les adolescents de notre étude ne sont pas tous prêts à aborder le sujet.

En écoutant le vécu de leur consultation avec le médecin généraliste, le moment que ce dernier a choisi pour parler du surpoids reste un déterminant pour la suite de la prise en charge.

Il existe plusieurs articles consacrés à la relation médecin-malade dans la prise en charge de l'obésité mais très peu s'intéressent réellement au premier abord concernant

le poids (125). Pourtant nous savons qu'en général, la communication orale n'est pas le point fort de l'adolescent, a fortiori s'il a un problème de poids.

Alors comment aborder cette question délicate et intime pour la première fois ? Comment savoir qu'il s'agit du moment pour en parler ? Comment éviter que l'adolescent ne se braque ou se renferme dans sa carapace ?

Lors de la journée des Actes en 2006 dont le thème était l'« *Obésité de l'enfant : le poids des mots, comment communiquer pour prévenir et prendre en charge* », le Dr Sansonnetti-Perrin nous rappelait qu'« avant de dire, il faut apprendre à écouter. Analyser la demande de l'adolescent et se poser la question : « qui demande quoi ? » ». Préférerait-il qu'on le laisse tranquille ou souhaiterait-il qu'on l'aide vraiment ? Quelle est sa motivation ou sa capacité à changer son comportement alimentaire ?

En fait, il faudrait au mieux éviter d'être en lutte contre l'adolescent en renforçant plutôt les changements même minimes et en restant patient. L'adolescent qui n'est pas prêt à changer ses habitudes n'entendra pas les arguments du médecin, aussi forts soient-ils, démontrant que l'obésité est une maladie potentiellement grave.

Ainsi, aider et accompagner les adolescents en surpoids dans leur prise de décision et respecter qu'ils ne soient pas encore prêts à en parler nous semblent essentiels à retenir.

[2.4. Difficultés de prise en charge du poids par les médecins généralistes selon les familles](#)

[2.4.1. Le rôle du médecin généraliste](#)

[2.4.1.1. Point de vue des adolescents](#)

Bien que les adolescents reconnaissent le médecin généraliste comme leur premier interlocuteur en matière de santé (126), leurs liens avec les soins et la médecine en générale sont particulièrement instables et fragiles. En effet, les adolescents sont à la fois très exigeants et sensibles à ce que peuvent leur apporter les adultes et le médecin généraliste n'y échappe pas. S'ils ne perçoivent pas un climat de respect et de confiance sur lequel ils peuvent compter, ils n'hésiteront pas à rompre la relation.

Dans notre étude, plusieurs adolescents ont jugé leur médecin comme « donneur de leçons » à cause d'un discours qui leur semblait peut-être trop moralisateur ou culpabilisateur. Ainsi la communication avec l'adolescent doit rester prudente, qu'elle soit

verbale ou non. En effet, certains propos peuvent paraître banals pour le médecin mais avoir une autre résonance pour l'adolescent.

Une des adolescentes de notre échantillon a confié avoir eu du mal à se livrer auprès de son médecin généraliste car il la connaissait depuis nourrisson. Il est vrai que certains adolescents peuvent être réticents à évoquer ce genre de sujet avec le médecin qui suit également le reste de la famille et surtout les parents. Le concept de « médecin de famille » peut être alors un problème pour l'adolescent. Il nous semble essentiel pour le médecin de savoir aller au-devant de cette gêne et donc de faire preuve d'anticipation face à ces jeunes en surpoids.

Enfin certains de nos adolescents ont plutôt catégorisé le médecin généraliste comme interlocuteur ponctuel en jouant un rôle uniquement curatif. Pourtant comme le détaille la HAS (27), la prise en charge de l'adolescent en surpoids doit être une approche globale avec une vision d'ensemble et non limitée à un organe. Elle intègre donc le développement physique mais surtout psychosocial en prenant en compte le cadre de vie.

2.4.1.2. Point de vue des parents

Lors de nos entretiens, nous avons pu remarquer qu'il persiste une interrogation des parents pour savoir si le médecin généraliste est le mieux placé pour parler des problèmes de poids, ce qui rend l'exercice plus compliqué pour ce dernier.

Dans une revue de littérature (124) publiée en 2014, au sujet des difficultés de prise en charge du poids par les médecins généralistes, les patients rapportent que les médecins ne connaissent pas toujours les recommandations sur la prise en charge de l'obésité pédiatrique, qu'ils manquent de temps et ont trop de demandes à gérer. Les patients ne pensent pas que la médecine générale soit l'endroit pour en parler.

A l'inverse, dans une autre étude qualitative réalisée auprès de 15 parents d'adolescents en situation d'obésité (112), la médecine générale était considérée comme la spécialité de choix pour prendre en charge le poids des enfants grâce à la proximité géographique et à la disponibilité du médecin. Ceci est préféré à une prise en charge hospitalière où l'enfant pourrait se sentir différent et souffrir de stigmatisation.

2.4.1.3. Freins exprimés par les médecins généralistes

Dans notre étude, les adolescents avaient surtout l'impression que les médecins généralistes présentaient des difficultés dans leur prise en charge du poids, par manque d'expérience ou de compétences. Ce manque d'expérience bien observé par les parents

de notre panel est reconnu également par les médecins dans une autre étude : moins de 40% pensent avoir l'expérience pour prendre en charge un enfant obèse, 61% n'ont pas de plan d'action pour cette prise en charge, 60% n'ont pas assez de temps mais seulement 13% préfèrent adresser les enfants obèses à d'autres professionnels de santé (127). Nous retrouvons effectivement dans la littérature plusieurs études qui mentionnent le manque de connaissances comme frein pour les médecins (128).

En 2005 en France, 700 médecins étaient inclus dans une étude qualitative (129). La majorité d'entre eux étaient d'accord sur le fait qu'il restait beaucoup à faire en matière de formation sur le sujet et qu'une meilleure utilisation des outils à disposition serait une des clés à cette problématique.

2.4.1.4. Sentiment d'impuissance ressenti par les médecins

Les familles de notre étude ont donc été nombreuses à expliquer qu'elles percevaient un sentiment d'impuissance de la part du médecin.

Une étude (130) réalisée dans le Sud de la France, en 2005, auprès de 600 médecins contactés par téléphone, reflétait leur frustration puisque 58% des médecins généralistes interrogés ne se considéraient pas comme efficaces dans leur prise en charge de l'obésité chez l'adulte. 1/3 ne trouvait pas cela gratifiant sur le plan professionnel. 30% avaient des attitudes négatives à l'égard des personnes en situation d'obésité. 57% se disaient pessimistes sur les capacités des personnes obèses à perdre du poids.

Les impressions des médecins vis à vis de leur pratique étaient en lien avec leurs caractéristiques professionnelles (formation) et personnelles (IMC, expérience personnelle de régime).

Dans cette même étude (130), les médecins généralistes ayant reçu des formations en nutrition dans le cadre de la Formation Médicale Continue, se sentaient plus efficaces dans leur prise en charge. Probablement parce qu'ils avaient plus confiance en eux et étaient persuadés que la réussite de la prise en charge était possible.

Un outil pratique que les médecins peuvent utiliser est la nouvelle plate-forme «AVIITAM PÉDIATRIQUE», mise en ligne en 2018 par le Professeur Antoine AVIGNON et le Docteur Vincent ATTALIN (131). Elle offre non seulement un programme de santé personnalisé aux jeunes patients mais aussi de nombreuses informations utiles aux

professionnels de santé, participant ainsi à leur formation et à la gestion du poids des adolescents.

2.4.1.5. Fréquence de consultation chez le médecin généraliste

Les parents de notre étude expliquent qu'ils ont eu peu d'occasion de discuter du problème de poids de leur adolescent avec le médecin généraliste du fait de la faible fréquence des consultations à cette période de la vie.

Cependant une étude quantitative réalisée en Irlande avait analysé la modification du recours aux soins de mêmes enfants à l'âge de 9 puis à 13 ans, en fonction de l'IMC.

A 13 ans, plus l'IMC augmente, plus les enfants ont de probabilité de visiter le médecin et de rester longtemps hospitalisé. Il y a plus de probabilité d'aller consulter le médecin s'il y a persistance de l'obésité de 9 à 13 ans. Les adolescents de notre panel sont donc en théorie plus susceptibles de consulter le médecin que des adolescents de poids normal.

Il est à noter que les enfants des classes sociales défavorisées ont moins recours aux soins, ce qui fait sous-estimer ce recours en lien avec l'IMC, puisque nous savons que la prévalence de l'obésité est plus importante dans ces milieux sociaux (132).

2.4.1.6. Temps de consultation trop rapide

Un autre point mis en évidence par les adolescents en rapport avec la difficulté de prise en charge de leur surpoids est le temps trop court de consultation au cabinet.

Il faut savoir que lorsque nous parlons de temps en médecine générale, cela comprend deux aspects importants : la durée de la consultation en elle-même mais aussi le suivi de cette consultation. Celui-ci suppose l'instauration d'une relation de confiance s'inscrivant dans la continuité pour accompagner au mieux le jeune en surpoids aussi longtemps qu'il le faudra.

Malheureusement, la prise en charge de l'obésité infantile est considérée comme chronophage par de nombreux médecins (133).

En 2006, une enquête de la DRESS a révélé que la durée moyenne des consultations des médecins généralistes était de 16 minutes (134). Un temps insuffisant et peu rentable profitable pour aborder avec l'adolescent en surpoids la totalité des points érigés par la HAS (27)

Aussi, le manque d'intérêt porté à ce sujet par certains médecins peut s'expliquer par la faible rentabilité de cette pratique. Selon eux, 63% pensent que cela prend trop de temps et 55% voudraient être davantage rémunérés. (127).

Afin de pallier ce défaut de rentabilité, il est à noter qu'en France, depuis novembre 2017, il existe une consultation de suivi de l'obésité pédiatrique en médecine générale, pour les enfants de 3 à 12 ans, cotée à 46 €. Cette consultation peut être facturée au maximum deux fois par an (135).

2.4.1.7. Influence des habitudes parentales

De nombreux parents de notre étude culpabilisent à cause de leur impact sur le comportement alimentaire de leur adolescent.

Les choix alimentaires sont en effet plus basés sur des conditionnements et des réactions émotionnelles que sur des choix conscients et des connaissances. Les habitudes s'acquièrent dès le plus jeune âge, en majeure partie grâce aux parents (108).

Offrir de la nourriture comme récompense, en réponse aux émotions n'est pas un comportement plus régulièrement retrouvé chez les mères en situation d'obésité. Ce sont plutôt les habitudes culturelles et les croyances de celles-ci qui influencent la manière de nourrir leurs enfants (108). Les mères de notre échantillon en sont un exemple lorsqu'elles expriment leur désarroi de ne pas pouvoir faire plaisir à leurs enfants et petits-enfants grâce à des aliments souvent sucrés.

2.4.1.8. Cohésion familiale

Comme il est décrit dans la littérature, au-delà de la motivation de l'adolescent, celle des parents et du reste de la famille est également essentielle pour la prise en charge du poids (136). Pour certains adolescents de notre étude, ce facteur peut rester en effet un facteur limitant. Il existe parfois un manque de cohésion au sein de leur famille qui va ainsi à l'encontre des conseils donnés par le médecin.

Une des adolescentes de notre échantillon rapporte le sentiment d'être mise à l'écart lorsque le reste de la fratrie était autorisé à consommer un aliment déconseillé par son médecin.

Il est effectivement difficile de guider l'adolescent en surpoids lorsqu'il existe une « discordance parentale » très bien décrite par Dr Goujeon O qui s'était intéressée aux « freins du dépistage et à l'initiation de la prise en charge de l'obésité infantile » en 2016 (137).

L'implication de chaque membre de la famille, l'organisation de la vie à la maison et surtout les principes d'éducation des parents sont difficiles à modifier par le médecin généraliste et cela est effectivement reconnu par les adolescents de notre étude.

2.4.1.9. Vécu d'un problème de poids par le médecin lui-même

L'IMC des médecins et leurs convictions personnelles au sujet de la perte de poids n'ont pas été explorés dans notre étude mais une des mères interrogée y a cependant fait allusion suite aux remarques autoritaires de son médecin généraliste.

Selon l'étude française sus-citée (130), le fait que le médecin soit de poids normal ou qu'il ait personnellement réussi à perdre du poids sont des facteurs associés à un meilleur sentiment d'efficacité dans la prise en charge de l'adolescent, contrairement au fait de n'avoir jamais tenté de régimes par soi-même.

2.5. Répartition des responsabilités de prise en charge du poids entre adolescent et parents

2.5.1. Au sein de la famille

Peu nombreux sont les parents de notre étude à laisser la responsabilité de la prise en charge du poids sur les seules épaules de l'adolescent, en particulier pour les plus jeunes.

Aux États-Unis, des programmes font des parents les "agents du changement" afin de les impliquer davantage. Ces types de prise en charge sont plus efficaces que ceux s'adressant uniquement aux enfants. Il semblerait que l'implication des parents dans la prise en charge de l'obésité ait plus d'importance que le type d'intervention engagée (138).

2.5.1.1. Place du père

Dans notre étude, quand les parents s'attribuent la responsabilité, cette dernière concerne soit les deux parents en tant qu'une seule et même autorité parentale, soit la mère seulement. Rares sont les mères à incriminer leur conjoint.

Une étude qualitative de 2007 interrogeant les parents rapporte que les mères se trouvent en difficulté lorsque les pères sont dans le déni du surpoids de l'enfant car leurs efforts s'en trouvent anéantis. Il faudrait ainsi davantage impliquer les pères dans la prise en charge (139).

2.5.1.2. Autonomisation de l'adolescent

Les parents de notre étude prêtent des capacités à l'adolescent pour prendre soin de sa santé, en cohérence avec leur perception de sa maturité et son âge. Plus l'enfant est jeune et plus le parent aura un rôle décisionnel dans sa prise en charge.

Dans une étude publiée en 2015 (140), un programme était proposé à des familles et leurs enfants de 8 à 12 ans en situation d'obésité. Il s'agissait de psychoéducation et de thérapies cognitivo-comportementales. Leurs impressions et attentes au cours du programme étaient recueillies. Pendant l'intervention, la majorité des parents prenaient la responsabilité des modifications du mode de vie. Les enfants de 8-9 ans avaient tendance à ne pas être impliqués du tout dans ces changements et le parent adoptait le rôle de modèle.

Alors que la tendance était plutôt à l'autonomisation pour les enfants de 11-12 ans avec prise d'initiatives, de type se servir de moindre quantité.

Nous notons alors une responsabilité partagée dans la prise en charge. Les stratégies parentales enseignées étaient de développer le sentiment d'auto efficacité de l'enfant ou encore d'utiliser des stimuli induits (faciliter l'accès aux fruits plutôt qu'aux biscuits par exemple).

2.5.2. Dans la relation de soin

Les parents de notre étude attribuent rarement les échecs de prise en charge aux médecins. Ils ont plutôt tendance à se blâmer eux-mêmes ou leur adolescent, à reprocher cela à des causes externes qui ne relèvent pas de leur compétence ou liées au fonctionnement de la société.

Une méta-analyse de 2017 (141) analysant la perception des médecins au sujet de la prise en charge du poids, notait que pour certains d'entre eux, s'il n'y a pas de complications, alors il n'y a pas de réponse médicale à apporter. L'obésité est un problème environnemental et donc pas de leur responsabilité. Ce problème sociétal doit être selon eux pris en charge par des services sociaux et publics afin de responsabiliser et autonomiser le patient et le rendre plus efficace dans sa propre prise en charge.

L'absence de complications somatiques liées à l'excès de poids n'exclue pas les complications psycho-sociales qui font partie intégrante de la santé de l'adolescent. Les familles rencontrées, même très impliquées et autonomisées dans la prise en charge de leur enfant, restent demandeuses d'un accompagnement médical.

2.5.3. *Au sein de la société*

Le terme “Grossophobie” a fait son entrée dans le dictionnaire Petit Robert en 2019, désignant la discrimination envers les personnes en situation de surpoids ou d’obésité. Cette peur du “gros” cache aussi parfois la peur de le devenir soi-même, comme l’expliquent Daria Marx et Eva Perez-Bello du collectif Gras Politique dans leur livre “Gros n’est pas un gros mot” (142). Cette stigmatisation est socialement acceptée et intériorisée par les premiers concernés que sont les personnes obèses.

Dans l’étude Suédoise *Fat doesn’t pay* (143), il est retrouvé que le niveau de compétences cognitives (mémoire, attention, logique...) est inférieur chez les personnes en surpoids ou obèse, de même que le niveau de compétences non cognitives (confiance en soi, motivation, sociabilité...). Cela est expliqué par la stigmatisation subie au quotidien depuis l’enfance ou l’adolescence qui ont provoqué une plus faible estime de soi et une auto-dépréciation qui s’étend à plusieurs domaines.

Une étude (144) montre que dès 4-6 ans, les enfants intègrent les préjugés sociétaux et considèrent plus souvent les personnes en surpoids ou obèses comme stupides, bruyantes, méchantes ou négligées que des individus de poids normal. C’est souvent au sein de son propre foyer que les enfants et adolescents font face aux premières remarques stigmatisantes mais toujours “pour son bien”.

Ce jugement des personnes obèses est partout, et les cabinets de médecine générale ne sont pas une exception, alors qu’ils se veulent être un lieu dédié à la confiance.

2.6. *Attentes des adolescents et leurs parents*

2.6.1. *Examen clinique de l’adolescent en surpoids*

Sur le plan pratique, il ne faudrait pas négliger l’examen clinique de l’adolescent. Il s’agit d’un moment privilégié qui peut dépasser le simple recueil de données et qui permet de se familiariser avec l’adolescent. Après cette étape, le terme « IMC » peut être mieux expliqué à l’adolescent. Plusieurs études ont démontré l’intérêt de la mesure de cet indice dans le suivi de l’obésité de l’adolescent (145) (146).

Cependant, ce rapport n’est pas toujours évident à comprendre. Il existe alors un outil simple et facile d’accès qui illustre mieux ce qu’il représente, rendant l’objectif de stabilisation du poids plus ludique. C’est la courbe « retrouve ta route », retrouvée en annexe 11 (147).

La mesure du rapport tour de taille/taille est également un élément significatif lors de l'examen, permettant de sensibiliser l'adolescent sur les risques métaboliques potentiels (148). Mais c'est surtout un moyen de l'encourager à continuer ses efforts lorsque sa taille s'affine, même si le chiffre sur la balance est inchangé.

2.6.2. Place de la pesée au cours de la consultation de médecine générale

La pesée systématique ne fait pas l'unanimité auprès des parents de notre étude. Certains aimeraient que l'enfant ne soit pas pesé et mesuré à chaque consultation. Nous pouvons lire dans un article (111) que les parents considèrent que ce n'est probablement pas l'acte en lui-même qui est problématique mais la façon de le présenter et l'utilisation qui est faite de cette donnée dans la prise en charge.

Une autre difficulté est le suivi de la courbe de poids par le médecin mais sans conseils ou des conseils inadaptés risquant de développer des complexes chez l'adolescent.

2.6.3. Personnalisation de la prise en charge

Dans notre étude, les familles expriment un besoin d'écoute de la part de leur médecin généraliste. Ce manque de considération à l'égard de leurs conditions de vie par les professionnels de santé provoque un sentiment d'incompréhension pour les parents (112). Pour la plupart des adolescents de notre étude, c'est en effet une approche personnalisée et plus globale qui prime dans la prise en charge de leur poids.

Une étude réalisée en Angleterre interrogeant 12 jeunes en surpoids âgés de 11 à 16 ans (149), a fait le constat que toute prise en charge de l'obésité doit prendre en compte sa conception du poids, son style de vie et les facteurs sociaux et émotionnels qui influencent son comportement face à l'alimentation.

Alors, il est vrai que l'examen clinique complet permet à l'adolescent d'être en confiance avec son médecin mais il nous semble avant tout important qu'une écoute attentive et respectueuse, reste la base de toute consultation avec l'adolescent souffrant d'un surpoids ou d'une obésité.

Ce principe majeur fait également écho à l'étude qualitative de Dalem L. qui avait interrogé 116 médecins de Savoie en 2003 (150).

2.6.4. Aborder le sujet librement

Aussi, la majorité des familles de notre étude, adolescents comme parents, souhaitent que le sujet soit moins tabou et abordé spontanément par le médecin généraliste.

Cependant, cela reste difficile en pratique comme l'illustre une étude quantitative (91) réalisée auprès de 366 patients questionnés. En effet, 97% des patients obèses, 84% des patients en surpoids et 39% des patients de poids normal pensaient qu'il leur fallait perdre du poids. Ces chiffres montrent à quel point les personnes ont une vision déformée d'eux-mêmes et combien le poids est un problème qui touche tout le monde. Parmi ces patients, 49% des personnes obèses, 24% des personnes en surpoids et 12% des personnes de poids normal ont discuté de poids avec leur médecin traitant. Nous observons la grande différence qui existe entre le nombre de personnes souhaitant perdre du poids et le nombre qui aborde réellement le sujet avec le médecin généraliste. Cette différence est plus marquée dans la catégorie des personnes en surpoids.

Une autre étude a rapporté que les médecins avaient du mal à se positionner face aux adolescents (151). La difficulté pour eux était de trouver cet équilibre entre le rôle du médecin préventif et celui du confident.

2.6.5. Place des conseils diététiques

Ce qu'attendent les patients en général dans l'étude quantitative américaine suscitée auprès des 366 patients (91) sont des conseils diététiques, une aide pour se fixer des objectifs réalistes et des recommandations au sujet d'activité physique. Ces réponses ne ressemblent pas à celles proposées par les familles de notre étude et ce, probablement pour deux raisons. D'abord parce que nous avons affaire à une étude quantitative dans laquelle les possibilités de réponse sont restreintes et ne permettent pas aux patients de nuancer leur point de vue. Ensuite parce que les questions ont été posées à des personnes dont certaines ne souffraient pas de problème de poids et qui ne peuvent qu'imaginer à quoi ressemble la relation médecin/personne obèse sans prendre en compte la stigmatisation subie.

Dans notre panel, les familles n'étaient pas à la recherche de conseils diététiques parfois même au contraire s'en plaignaient, du fait de leur redondance et de leur manque d'adaptation aux conditions de vie du foyer.

2.6.6. Suivi spécialisé par d'autres professionnels de santé

Enfin les familles de notre étude sont plutôt demandeuses d'un suivi spécialisé quand le médecin ne souhaite pas assurer lui-même la prise en charge. Cette orientation vers d'autres professionnels est alors perçue de différentes manières : comme un manque d'intérêt, de temps ou de compétences du médecin, ou ceux qui au contraire, préfèrent aller voir des spécialistes plus d'expérimentés dans le domaine.

Il est vrai que certaines situations nécessitent un suivi complémentaire en 2^{ème} ou 3^{ème} recours, même si cette démarche se heurte parfois au manque de structures ou professionnel de santé disponibles (152).

2.6.7. Priorité aux compétences relationnelles du médecin

La principale attente des adolescents interrogés dans cette étude reste une approche bienveillante, sans jugement ni culpabilisation du médecin.

Dans une méta-analyse de 2007 qui explorait l'opinion des adolescents vis-à-vis des professionnels de santé, il était mis en évidence qu'un médecin généraliste compatissant et bienveillant à leur égard les incitait davantage à consulter (153).

En effet, d'après ces études le médecin est bien plus apprécié s'il accepte de relativiser certaines situations médicales comme l'obésité.

Les parents de notre étude ont aussi mis en avant l'importance des compétences relationnelles du médecin avant ses connaissances théoriques du sujet.

Des familles australiennes ont été interrogées au sujet de leurs attentes vis à vis de la prise en charge de l'obésité pédiatrique en médecine générale. Pour ces familles, l'implication et le soutien des médecins étaient les premiers facteurs recherchés et déterminants d'une bonne prise en charge. Le niveau de connaissances du médecin et sa capacité à adresser l'enfant vers des programmes spécialisés de soins, n'arrivaient qu'en seconde position (111).

2.6.8. Pratique de l'Entretien Motivationnel

Les principales attentes de bienveillance, d'empathie et de partenariat décrites par les familles dans différentes études (111) et la nôtre, reprennent les principes de l'Entretien Motivationnel (EM) qui est un "style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement" selon Miller et Rollnick, ses initiateurs (154).

L'EM a déjà fait ses preuves dans de nombreux domaines, notamment dans l'accompagnement d'adolescents atteints de diabète de type 1 qui ont réduit leur taux d'hémoglobine glyquée en 1 an à l'aide de cette technique d'entretien (155).

L'EM a donc toute sa place dans la prise en charge des problèmes de poids afin d'aider les adolescents et leurs parents à modifier durablement leurs modes de vie, et gagnerait à être enseigné plus largement auprès des professionnels de santé. Il est important pour eux que le médecin valorise leurs efforts, mêmes minimes, ce qui sera perçu comme une vraie marque d'attention.

VI- CONCLUSION

A travers notre travail, nous avons essayé de réaliser une synthèse des difficultés et attentes des familles. Nous ne pouvons pas qualifier notre conclusion d'exhaustive car chaque relation adolescent/parents/médecin est unique et ce serait nier les individualités de chacun de le prétendre.

Néanmoins, cette étude nous permet de dire que les familles attendent des médecins attentifs et non jugeants plutôt que des experts en nutrition dénués d'empathie.

Le médecin rencontre avant tout une famille, dont il doit s'efforcer de comprendre le fonctionnement (répartition des responsabilités, degré d'autonomie de l'adolescent, représentations et valeurs) afin de proposer une prise en charge adaptée et dans laquelle chacun aura son rôle à jouer pour faire évoluer la situation (fratrie, grands- parents...).

Grâce aux familles rencontrées, nous retiendrons 10 principes à respecter en médecine générale pour prendre en charge au mieux les problèmes de surpoids et obésité des adolescents :

- 1- Adoptons une attitude bienveillante, sans jugement ni stigmatisation.
- 2- Écoutons. Écoutons vraiment.
- 3- Parlons librement et régulièrement du poids. Ce sujet ne doit pas être tabou et doit être abordé que l'IMC soit normal ou anormal. Plus le sujet sera "banalisé" et plus il sera facile d'en parler au moment choisi.
- 4- Dépistons ces problèmes de poids et faisons de l'annonce, une opportunité pour bien commencer la prise en charge et créer un partenariat avec l'adolescent et ses parents.
- 5- Valorisons le moindre effort. Entretienons la motivation de l'adolescent et de ses parents. Renforçons le sentiment d'auto-efficacité des familles.
- 6- Rassurons les parents et a fortiori les mères, pour les décharger de leur culpabilité.
- 7- Respectons les habitudes et niveaux de vie des familles. Préférons des mesures personnalisées plutôt que des mesures à visée générale.
- 8- Préférons les conseils simples et efficaces visant à modifier durablement le comportement alimentaire (manger plus lentement, en étant plus conscient, en prenant du plaisir) et oublions les régimes, interdits alimentaires ou autre compte de calories... Les régimes ne fonctionnent pas sur la durée et entraînent un rapport malsain à l'alimentation.

9- Programmons des consultations dédiées avec un suivi régulier et de proximité, pour prendre le temps ou adressons à d'autres professionnels plus disponibles que nous.

10- Faisons confiance aux compétences des adolescents et leurs familles pour atteindre leurs objectifs et en les nôtres pour les aider à y parvenir.

Une prise en charge inappropriée peut être plus délétère que bénéfique. Le bien-être des personnes doit rester l'intention prioritaire.

“Primum non nocere”

VII- BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Surpoids et obésité: définitions [Internet]. WHO. [cited 2019 Jan 4]. Available from: https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/fr/
2. Croissance et puberté : Évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques [Internet]. [cited 2019 Jun 11]. Available from: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/71>
3. Galland O. Adolescence, post-adolescence, jeunesse : retour sur quelques interprétations. *Rev Fr Sociol.* 2001;42(4):611–40.
4. Unicef. La Situation des Enfants dans le Monde 2011. ; L'adolescence L'âge de tous les Possibles. United Nations Children's Fund, The (UNICEF); 2011.
5. WHO | Obesity: preventing and managing the global epidemic [Internet]. WHO. [cited 2019 Jul 28]. Available from: http://www.who.int/entity/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/index.html
6. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2019 Jul 29]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
7. https://www.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/courbes_enfants.pdf [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: https://www.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/courbes_enfants.pdf
8. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000 May 6;320(7244):1240–3.
9. Lobstein T, Baur L, Uauy R, IASO International Obesity TaskForce. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* 2004 May;5 Suppl 1:4–104.
10. Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Sempé M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr.* 1991 Jan;45(1):13–21.
11. Malecka-Tendera E, Klimek K, Matusik P, Olszanecka-Glinianowicz M, Lehingue Y, Polish Childhood Obesity Study Group. Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-year-old children. *Obes Res.* 2005 Jun;13(6):964–8.
12. Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, Sempé M, Guilloud-Bataille M, Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr.* 1984 Jan;39(1):129–35.
13. Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Maillot M, Bellisle F. Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. *Int J Obes.* 2006 Dec;30(4):S11.
14. Prokopec M, Bellisle F. Adiposity in Czech children followed from 1 month of age to adulthood: analysis of individual BMI patterns. *Ann Hum Biol.* 1993 Dec;20(6):517–25.

15. He Q, Karlberg J. Probability of Adult Overweight and Risk Change during the BMI Rebound Period. *Obes Res.* 2002;10(3):135–40.
16. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metab - Clin Exp.* 2019 Mar 1;92:6–10.
17. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Obesity and Overweight Prevalence 1980-2015 | GHDx [Internet]. [cited 2019 Jul 20]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2015-obesity-and-overweight-prevalence-1980-2015>
18. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. [cited 2019 Jul 29]. Available from: <http://www.healthdata.org/institute-health-metrics-and-evaluation>
19. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016;17(2):95–107.
20. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults - *The Lancet* [Internet]. [cited 2019 Jul 20]. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32129-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32129-3/fulltext)
21. En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
22. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/surpoids-et-obesite-chez-les-adolescents-scolarises-en-classe-de-troisieme>
23. Les enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soins/article/les-enquetes-nationales-sur-la-sante-des-enfants-et-adolescents-scolarises>
24. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. :43.
25. 3_projet-rional-de-sant-occitanie-programme-rional-daccs--la-prvention-et-aux-soins.pdf [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/02/3_projet-rional-de-sant-occitanie-programme-rional-daccs--la-prvention-et-aux-soins.pdf
26. Nathalie Guignon (DREES), 2019, « En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale », Études et Résultats, n°1122, Drees, août. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et->

resultats/article/en-2017-des-adolescents-plutot-en-meilleure-sante-physique-mais-plus-souvent-en

27. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2019 Jul 29]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003

28. Obepi Roche, Recherche Médicale, Maladie Cardio Vasculaire - Roche.fr [Internet]. [cited 2019 Jul 20]. Available from: <https://www.roche.fr/fr/innovation-recherche-medicale/decouverte-scientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html>

29. PRSSBE_OCCITANIE2019.pdf [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-03/PRSSBE_OCCITANIE2019.pdf

30. BARO_ActivitePhysique_12-12-2017.pdf [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: https://www.orsmip.org/tlc/BARO_ActivitePhysique_12-12-2017.pdf

31. 1526d7298846bb9b4d487b209e3efe22.pdf [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: http://www.creaiorslr.fr/var/ezwebin_site/storage/original/application/1526d7298846bb9b4d487b209e3efe22.pdf

32. Montagne L. Génétique de l'obésité de l'enfant. :133.

33. Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. The body-mass index of twins who have been reared apart. *N Engl J Med*. 1990 May 24;322(21):1483–7.

34. Price RA, Gottesman II. Body fat in identical twins reared apart: Roles for genes and environment. *Behav Genet*. 1991 Jan;21(1):1–7.

35. Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti GV. Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 23;13(9).

36. Whitaker RC. Predicting preschooler obesity at birth: the role of maternal obesity in early pregnancy. *Pediatrics*. 2004 Jul;114(1):e29-36.

37. Ensenauer R, Chmitorz A, Riedel C, Fenske N, Hauner H, Nennstiel-Ratzel U, et al. Effects of suboptimal or excessive gestational weight gain on childhood overweight and abdominal adiposity: results from a retrospective cohort study. *Int J Obes* 2005. 2013 Apr;37(4):505–12.

38. Catalano PM, Thomas A, Huston-Presley L, Amini SB. Increased fetal adiposity: a very sensitive marker of abnormal in utero development. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Dec;189(6):1698–704.

39. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*. 2005 Jun 11;330(7504):1357.

40. Günther ALB, Remer T, Kroke A, Buyken AE. Early protein intake and later obesity risk: which protein sources at which time points throughout infancy and childhood are important

for body mass index and body fat percentage at 7 y of age? *Am J Clin Nutr.* 2007 Dec;86(6):1765–72.

41. Mayer-Davis EJ, Rifas-Shiman SL, Zhou L, Hu FB, Colditz GA, Gillman MW. Breast-Feeding and Risk for Childhood Obesity. *Diabetes Care.* 2006 Oct;29(10):2231–7.

42. Hunsberger M, Lanfer A, Reeske A, Veidebaum T, Russo P, Hadjigeorgiou C, et al. Infant feeding practices and prevalence of obesity in eight European countries - the IDEFICS study. *Public Health Nutr.* 2013 Feb;16(2):219–27.

43. Regaieg S, Charfi N, Trabelsi L, Kamoun M, Feki H, Yaich S, et al. Prévalence et facteurs de risque du surpoids et de l'obésité dans une population d'enfants scolarisés en milieu urbain à Sfax, Tunisie. *Pan Afr Med J [Internet].* 2014 Jan 25 [cited 2019 Mar 8];17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4085895/>

44. Agras WS, Mascola AJ. Risk factors for childhood overweight: *Curr Opin Pediatr.* 2005 Oct;17(5):648–52.

45. Butte NF. Impact of Infant Feeding Practices on Childhood Obesity. *J Nutr.* 2009 Feb 1;139(2):412S-416S.

46. Thibault H, Contrand B, Saubusse E, Baine M, Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* 2010 Feb;26(2):192–200.

47. Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics.* 2003 Aug;112(2):424–30.

48. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc.* 1998 Apr;28(2):151–5.

49. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: causes and consequences. *J Fam Med Prim Care.* 2015;4(2):187–92.

50. Colapinto CK, Fitzgerald A, Taper LJ, Veugelers PJ. Children's preference for large portions: prevalence, determinants, and consequences. *J Am Diet Assoc.* 2007 Jul;107(7):1183–90.

51. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics.* 1998 Mar;101(3 Pt 2):539–49.

52. Seegers V, Petit D, Falissard B, Vitaro F, Tremblay RE, Montplaisir J, et al. Short Sleep Duration and Body Mass Index: A Prospective Longitudinal Study in Preadolescence. *Am J Epidemiol.* 2011 Mar 15;173(6):621–9.

53. Morselli L, Leproult R, Balbo M, Spiegel K. Role of sleep duration in the regulation of glucose metabolism and appetite. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2010 Oct 1;24(5):687–702.

54. National Sleep Foundation Recommends New Sleep Times | National Sleep Foundation [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: <https://www.sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>

55. Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010 May 11;7:40.
56. Schmitz KH, Jacobs DR, Hong C-P, Steinberger J, Moran A, Sinaiko AR. Association of physical activity with insulin sensitivity in children. *Int J Obes*. 2002 Oct;26(10):1310–6.
57. Saunders TJ, Chaput J-P, Tremblay MS. Sedentary behaviour as an emerging risk factor for cardiometabolic diseases in children and youth. *Can J Diabetes*. 2014 Feb;38(1):53–61.
58. Marshall SJ, Biddle SJH, Gorely T, Cameron N, Murdey I. Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. 2004 Oct;28(10):1238–46.
59. Van der Ploeg HP, Merom D, Corpuz G, Bauman AE. Trends in Australian children traveling to school 1971–2003: Burning petrol or carbohydrates? *Prev Med*. 2008 Jan 1;46(1):60–2.
60. Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. *Pediatr Clin North Am*. 2001 Aug;48(4):1017–25.
61.
10irp02_memo_obesite_enfant_adolescent_recapitulatif_des_complications_comorbidites_du_surpoids_et_obesite.pdf [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_memo_obesite_enfant_adolescent_recapitulatif_des_complications_comorbidites_du_surpoids_et_obesite.pdf
62. Stuart CA, Gilkison CR, Smith MM, Bosma AM, Keenan BS, Nagamani M. Acanthosis nigricans as a risk factor for non-insulin dependent diabetes mellitus. *Clin Pediatr (Phila)*. 1998 Feb;37(2):73–9.
63. Berenson GS, Srinivasan SR, Bao W, Newman WP, Tracy RE, Wattigney WA. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. *N Engl J Med*. 1998 Jun 4;338(23):1650–6.
64. Sorof JM, Poffenbarger T, Franco K, Bernard L, Portman RJ. Isolated systolic hypertension, obesity, and hyperkinetic hemodynamic states in children. *J Pediatr*. 2002 Jun;140(6):660–6.
65. Flaherman V, Rutherford GW. A meta-analysis of the effect of high weight on asthma. *Arch Dis Child*. 2006 Apr;91(4):334–9.
66. Lazzer S, Boirie Y, Poissonnier C, Petit I, Duché P, Taillardat M, et al. Longitudinal changes in activity patterns, physical capacities, energy expenditure, and body composition in severely obese adolescents during a multidisciplinary weight-reduction program. *Int J Obes*. 2005 Jan;29(1):37.
67. Chay OM, Goh A, Abisheganaden J, Tang J, Lim WH, Chan YH, et al. Obstructive sleep apnea syndrome in obese Singapore children. *Pediatr Pulmonol*. 2000 Apr;29(4):284–90.
68. Scott IU, Siatkowski RM, Eneyni M, Brodsky MC, Lam BL. Idiopathic intracranial hypertension in children and adolescents. *Am J Ophthalmol*. 1997 Aug;124(2):253–5.

69. Rowe FJ, Sarkies NJ. The relationship between obesity and idiopathic intracranial hypertension. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes.* 1999 Jan;23(1):54–9.
70. Laitinen J, Power C, Järvelin MR. Family social class, maternal body mass index, childhood body mass index, and age at menarche as predictors of adult obesity. *Am J Clin Nutr.* 2001 Sep;74(3):287–94.
71. Morrison JA, Barton BA, Biro FM, Daniels SR, Sprecher DL. Overweight, fat patterning, and cardiovascular disease risk factors in black and white boys. *J Pediatr.* 1999 Oct;135(4):451–7.
72. Plancoulaine S, Charles MA, Lafay L, Tauber M, Thibult N, Borys JM, et al. Infant-feeding patterns are related to blood cholesterol concentration in prepubertal children aged 5-11 y: the Fleurbaix-Laventie Ville Santé study. *Eur J Clin Nutr.* 2000 Feb;54(2):114–9.
73. Guzzaloni G, Grugni G, Minocci A, Moro D, Morabito F. Liver steatosis in juvenile obesity: correlations with lipid profile, hepatic biochemical parameters and glycemic and insulinemic responses to an oral glucose tolerance test. *Int J Obes.* 2000 Jun;24(6):772.
74. Association AD. Type 2 diabetes in children and adolescents. American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2000 Mar 1;23(3):381–9.
75. Ortega-Rodriguez E, Levy-Marchal C, Tubiana N, Czernichow P, Polak M. Emergence of type 2 diabetes in an hospital based cohort of children with diabetes mellitus. *Diabetes Metab.* 2001 Nov;27(5 Pt 1):574–8.
76. Lloyd LJ, Langley-Evans SC, McMullen S. Childhood obesity and risk of the adult metabolic syndrome: a systematic review. *Int J Obes* 2005. 2012 Jan;36(1):1–11.
77. Csábi G, Tényi T, Molnár D. Depressive symptoms among obese children. *Eat Weight Disord EWD.* 2000 Mar;5(1):43–5.
78. Braet C, Mervielde I, Vandereycken W. Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. *J Pediatr Psychol.* 1997 Feb;22(1):59–71.
79. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychol Bull.* 2007 Jul;133(4):557–80.
80. Tsiros MD, Olds T, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J, et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J Obes* 2005. 2009 Apr;33(4):387–400.
81. Cornette R. The emotional impact of obesity on children. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2008;5(3):136–41.
82. Tang-Péronard JL, Heitmann BL. Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* 2008 Nov;9(6):522–34.
83. Dimensions sociales de l'obésité INSERM [Internet]. [cited 2019 Mar 8]. Available from: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/187/?sequence=12>

84. Cramer P, Steinwert T. Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *J Appl Dev Psychol.* 1998 Jul 1;19(3):429–51.
85. Debarbieux PÉ. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'École. :49.
86. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med.* 1993 Sep 30;329(14):1008–12.
87. Mokha JS, Srinivasan SR, DasMahapatra P, Fernandez C, Chen W, Xu J, et al. Utility of waist-to-height ratio in assessing the status of central obesity and related cardiometabolic risk profile among normal weight and overweight/obese children: The Bogalusa Heart Study. *BMC Pediatr.* 2010 Oct 11;10:73.
88. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité.* 2014 Dec 1;9(4):302–28.
89. Ministère délégué à la santé. 2001;40.
90. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
91. Potter MB, Vu JD, Croughan-Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physicians. *J Fam Pract.* 2001 Jun;50(6):513–8.
92. McGovern L, Johnson JN, Paulo R, Hettinger A, Singhal V, Kamath C, et al. Clinical review: treatment of pediatric obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008 Dec;93(12):4600–5.
93. LOI n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires. 2019-721 juillet, 2019.
94. Exercice de l'autorité parentale [Internet]. [cited 2019 Jul 29]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3132>
95. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.
96. Glaser BG, Strauss AL, Strauss AL. *Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research* [Internet]. Routledge; 2017 [cited 2019 Jul 29]. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203793206>
97. Régnier JC. Méthodes qualitatives 4PAKQLT2, Master 1 de sciences de l'éducation. *Entretien_biais.pdf* [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf
98. Wills W, Backett-Milburn K, Gregory S, Lawton J. Perception de leur corps et de ceux des autres chez de jeunes adolescents écossais : entre minces et obèses. *Corps.* 2008 Dec 1;n° 4(1):55–62.
99. Standley R, Sullivan V, Wardle J. Self-perceived weight in adolescents: Over- 61 estimation or under-estimation? *Body Image.* 2009 Jan 1;6(1):56–9.

100. Rasmussen F, Eriksson M, Nordquist T. Bias in height and weight reported by Swedish adolescents and relations to body dissatisfaction: the COMPASS study. *Eur J Clin Nutr.* 2007 Jul;61(7):870–6.
101. Park MH, Falconer CL, Saxena S, Kessel AS, Croker H, Skow Á, et al. Perceptions of health risk among parents of overweight children: A cross-sectional study within a cohort. *Prev Med.* 1 juill 2013;57(1):55-9.
102. Fisher L, Fraser J, Alexander C. Caregivers' inability to identify childhood adiposity: a cross-sectional survey of rural children and their caregivers' attitudes. *Aust J Rural Health.* avr 2006;14(2):56-61.
103. Garrett-Wright D. Parental Perception of Preschool Child Body Weight. *J Pediatr Nurs.* oct 2011;26(5):435-45.
104. Williams JM, Currie C. Estime de soi et développement physique au début de l'adolescence : Calendrier de la puberté et image du corps. *J Early Adolesc.* 2000 May 1;20(2):129–49.
105. Andersen MK, Christensen B, Søndergaard J. Child overweight in general practice – parents' beliefs and expectations – a questionnaire survey study. *BMC Fam Pract.* 11 oct 2013;14:152.
106. Silva SU da, Barufaldi LA, Andrade SSC de A, Santos MAS, Claro RM. Nutritional status, body image, and their association with extreme weight control behaviors among Brazilian adolescents, National Adolescent Student Health Survey 2015. *Rev Bras Epidemiol Braz J Epidemiol.* 2018 Nov 29;21(suppl 1):e180011.
107. Hahn SL, Borton KA, Sonnevile KR. Cross-sectional associations between weightrelated health behaviors and weight misperception among U.S. adolescents with overweight/obesity. *BMC Public Health.* 2018 18;18(1):514.
108. Benton D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes.* juill 2004;28(7):858-69.
109. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr.* févr 2008;99(S1):S22-5.
110. How parents react when their child is overweight [Internet]. Sykepleien. 2017 [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <https://sykepleien.no/en/forskning/2017/07/how-parents-react-when-their-child-overweight>
111. Jones KM, Dixon ME, Dixon JB. GPs, families and children's perceptions of childhood obesity. *Obes Res Clin Pract.* 1 mars 2014;8(2):e140-8.
112. Turner KM, Salisbury C, Shield JPH. Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Fam Pract.* 1 août 2012;29(4):476-81.
113. Puhl RM, Himmelstein MS. Adolescent preferences for weight terminology used by health care providers. *Pediatr Obes.* 2018;13(9):533–40.

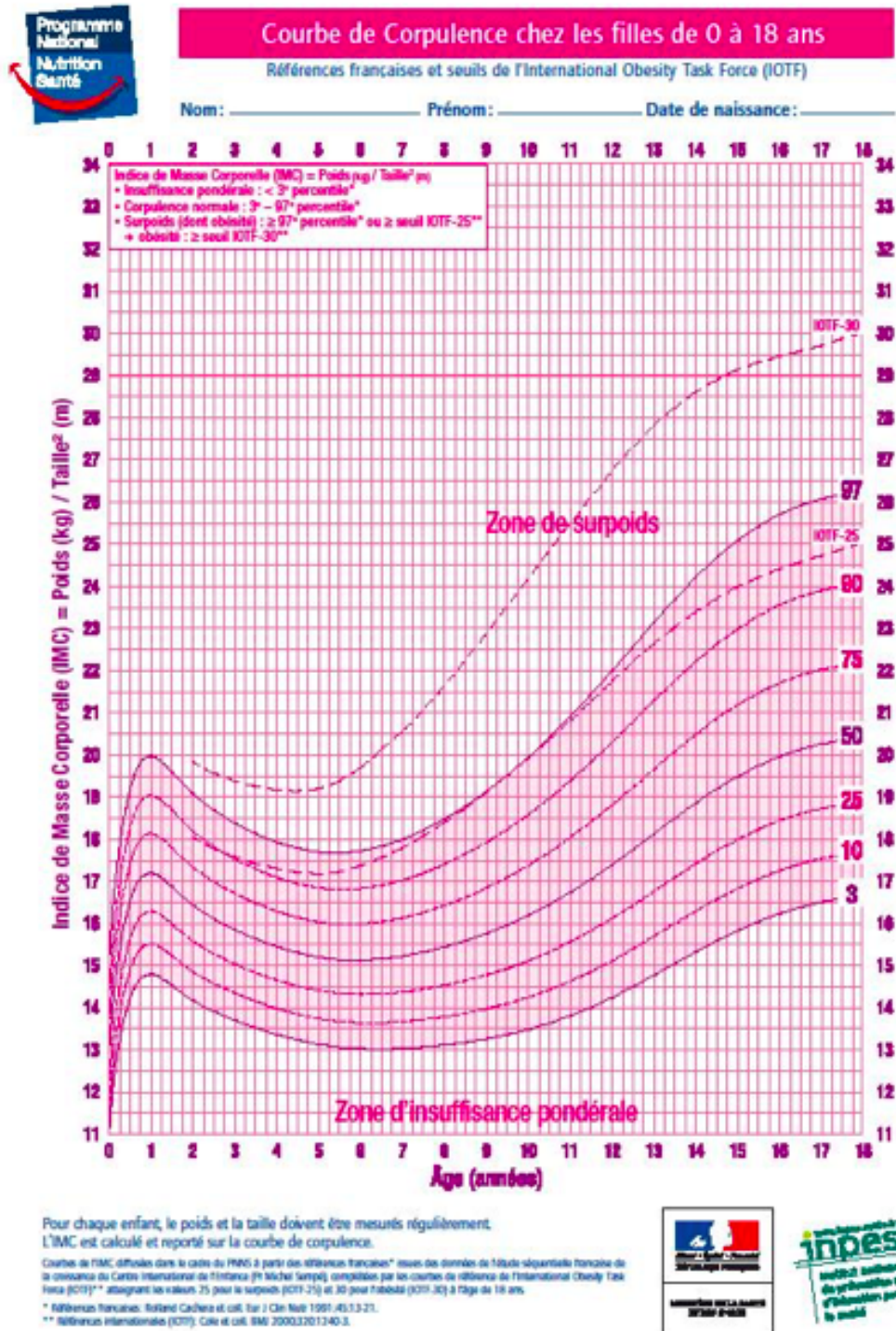
114. Puhl RM, Himmelstein MS, Armstrong SC, Kingsford E. Adolescent preferences and reactions to language about body weight. *Int J Obes* 2005. 2017;41(7):1062–5.
115. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health*. 2010 Jun;100(6):1019–28.
116. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*. 2001 Dec;9(12):788–805.
117. Cornet P. Corps obèse et société. Regards croisés entre médecins et patients [Internet] [thesis]. Paris Est; 2015 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2015PESC0016>
118. Baclet.N, Cornet.P, Douilly.V, Obésité : accompagner pour soigner, Edition Doin, fév 2002.
119. Régimes amaigrissants | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Available from: <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9gimes-amaigrissants>
120. Vergnaud A-C, Bertrais S, Oppert J-M, Maillard-Teyssier L, Galan P, Hercberg S, et al. Weight fluctuations and risk for metabolic syndrome in an adult cohort. *Int J Obes* 2005. 2008 Feb;32(2):315–21.
121. Perrot M. La restriction cognitive ou comment les régimes font grossir. *Médecine*. 2016 Mar 1;12(3):128–34
122. Qu'appelle-t-on "sensations alimentaires"? ; Nutrition Obésité. 2015. Available from: <http://drgauthier-nutrition-obesite.fr/quappelle-t-on-sensations-alimentaires/>
123. Alvin P. Marcelli D. , Médecine de l'adolescent, édition Elsevier-Masson, janv 2005 (2ème édition) Available from : <https://www.unitheque.com/Livre/elsevier-masson/pour-praticien/medecine-adolescent/4901>
124. Saxena S, Laverty AA. Confronting child obesity in primary care. *Br J Gen Pract*. janv 2014;64(618):10-1.
125. Cornet P, Hommey N, Soares A. First consults for obesity in general practice. From the analysis of a patient request to a proposition for obesity follow-up: key points and pitfalls. *Obésité*. 2013 Sep 1;8(3):180–6.
126. Galland O. Choquet Marie, Ledoux Sylvie, Adolescents. Enquête nationale. *Rev Fr Sociol*. 1995;36(3):567–9.
127. Schalkwijk AAH, Nijpels G, Bot SDM, Elders PJM. Health care providers' perceived barriers to and need for the implementation of a national integrated health care standard on childhood obesity in the Netherlands – a mixed methods approach. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 8 mars 2016 [cité 14 déc 2018];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4784354/>

128. Sakarya S, Ünalın PC, Tursun N, Özen A, Kul S, Gültekin Ü. Family physicians' views on their role in the management of childhood obesity: a mixed methods study from Turkey. *Eur J Gen Pract.* 2018 Jan 1;24(1):229–35.
129. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes* 2005. 2005 Sep;29(9):1100–6.
130. Bocquier.A, Verger.P, Basdevant.A, Andreotti.G, Baretge.J, Villani.P, Paraponaris.A. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France [Internet]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1038/oby.2005.89>
131. Aviitam®, la médecine augmentée [Internet]. Aviitam®. [cited 2019 Aug 17]. Available from: <https://www.aviitam.com>
132. Doherty E, Queally M, Cullinan J, Gillespie P. The impact of childhood overweight and obesity on healthcare utilisation. *Econ Hum Biol.* nov 2017;27:84-92.
133. Bass R, Eneli I. Severe childhood obesity: an under-recognised and growing health problem. *Postgrad Med J.* 2015 Nov;91(1081):639–45.
134. DREES La durée des séances des médecins généralistes, Etudes et Résultats, avr 2006,n° 48. Available from : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
135. CSO [Internet]. Syndicat MGFrance. [cited 2019 Aug 16]. Available from: <https://www.mgfrance.orghttps://www.mgfrance.org/index.php/component/tags/tag/cso>
136. Franc C, Van Gerwen M, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. French pediatricians' knowledge, attitudes, beliefs towards and practices in the management of weight problems in children. *Health Policy.* Juill 2009;91(2):195-203.
137. Goujeon O. Les freins au dépistage et à l'initiation de la prise en charge de l'obésité infantile: enquête auprès des médecins généralistes de Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016
138. Faith Myles S., Van Horn Linda, Appel Lawrence J., Burke Lora E., Carson Jo Ann S., Franch Harold A., et al. Evaluating Parents and Adult Caregivers as “Agents of Change” for Treating Obese Children: Evidence for Parent Behavior Change Strategies and Research Gaps. *Circulation.* 6 mars 2012;125(9):1186-207.
139. Mikhailovich K, Morrison P. Discussing childhood overweight and obesity with parents: a health communication dilemma. *J Child Health Care.* déc 2007;11(4):311-22.
140. Holt NL, Neely KC, Newton AS, Knight CJ, Rasquinha A, Ambler KA, et al. Families' Perceptions of and Experiences Related to a Pediatric Weight Management Intervention: A Qualitative Study. *J Nutr Educ Behav.* sept 2015;47(5):427-431.e1.
141. Dewhurst A, Peters S, Devereux-Fitzgerald A, Hart J. Physicians' views and experiences of discussing weight management within routine clinical consultations: A thematic synthesis. *Patient Educ Couns.* mai 2017;100(5):897-908.

142. Marx D. Perez-Bello E. Gros n'est pas un gros mot, édition J'ai lu-Librio, mai 2018
Benkemoun S. Gros n'est pas un gros mot ! [Internet]. G.R.O.S. 2018 [cité 15 août 2019].
Disponible sur: <https://www.gros.org/gros-n-est-pas-un-gros-mot>
143. Lundborg P, Nystedt P, Rooth D-O. Body Size, Skills, and Income: Evidence From 150,000 Teenage Siblings. *Demography*. 1 oct 2014;51(5):1573-96.
144. Burmeister JM, Zbur SL, Musher-Eizenman DR. Active Versus Inactive Portrayals of Children With Obesity. In 2016.
145. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. *J Pediatr*. 1998 Feb 1;132(2):191-3.
146. Deurenberg P, Weststrate JA, Seidell JC. Body mass index as a measure of body fatness: age- and sex-specific prediction formulas. *Br J Nutr*. 1991 Mar;65(2):105-14.
147. <https://afpa.org/content/uploads/2017/10/IMC-Retrouve-ta-route.pdf>
148. Khoury M, Manlhiot C, McCrindle BW. Role of the Waist/Height Ratio in the Cardiometabolic Risk Assessment of Children Classified by Body Mass Index. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Aug 20;62(8):742-51.
149. Reece LJ, Bissell P, Copeland RJ. "I just don't want to get bullied anymore, then I can lead a normal life"; Insights into life as an obese adolescent and their views on obesity treatment. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2016;19(4):897-907.
150. Dalem L. La consultation de l'adolescent en médecine générale: d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73). :140.
151. Binder, P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *Rev Prat* 55, 1073-7 (2005).
152. DGOS. L'obésité sévère. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Available from <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-chargespecialisees/obesite/article/obesite-severe-organisation-des-filieres-de-soin-pour-la-prise-encharge>
153. Freake H, Barley V, Kent G. Adolescents' views of helping professionals: A review of the literature. *J Adolesc*. 2007;30(4):639-53.
154. Miller W.R., Rollnick S., L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement, trad. par Lecallier D., Michaud P., Paris, InterEditions, 2013
155. Channon SJ, Huws-Thomas MV, Rollnick S, Hood K, Cannings-John RL, Rogers C, et al. A Multicenter Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing in Teenagers With Diabetes. *Diabetes Care*. 1 juin 2007;30(6):1390-5.

VIII- ANNEXES

Annexe 1 : Courbe de corpulence fille



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises** issues de données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Inch'Équipe), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** attribuant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

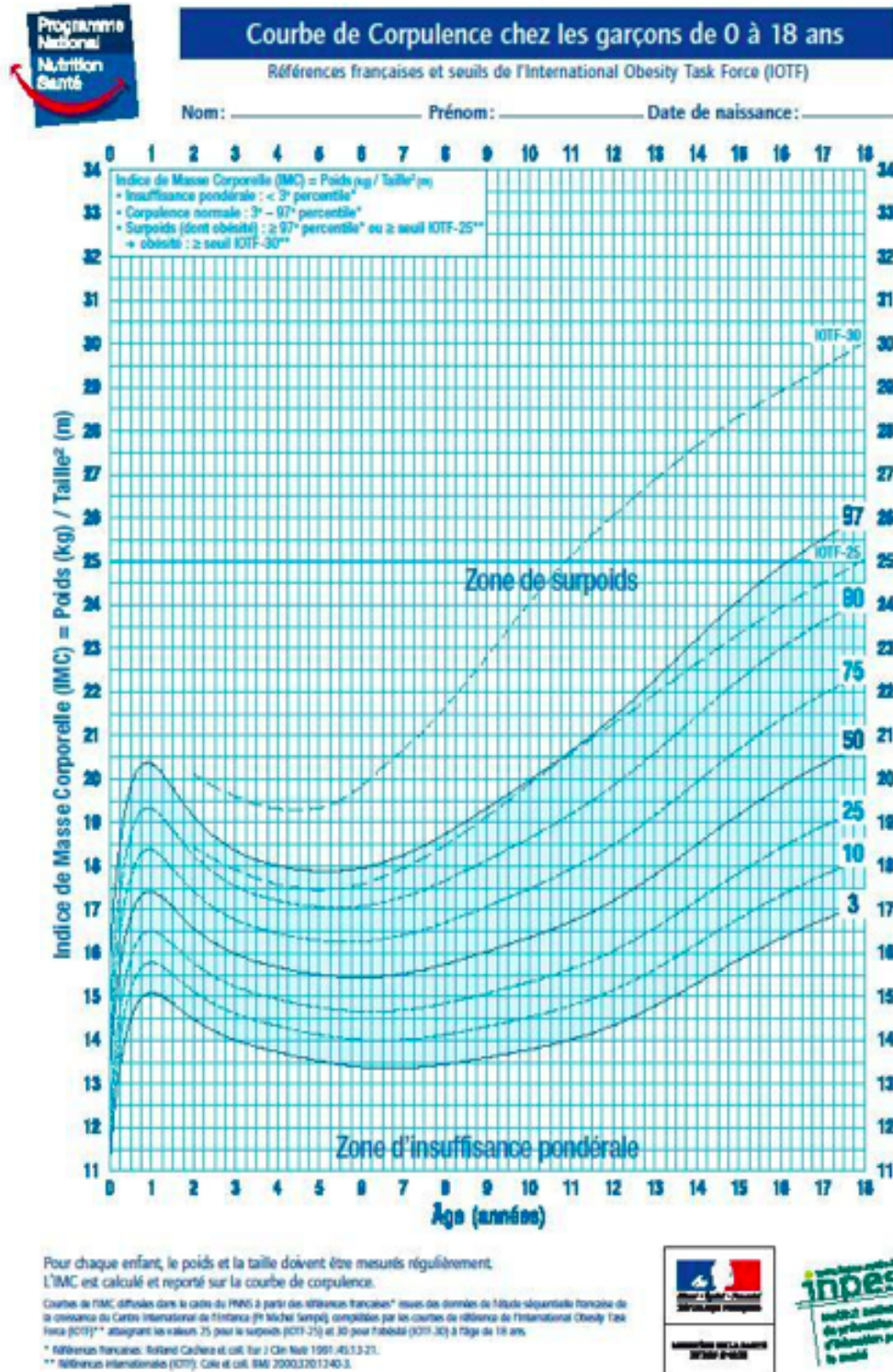
* Références françaises: Roland Cahiera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références Internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.



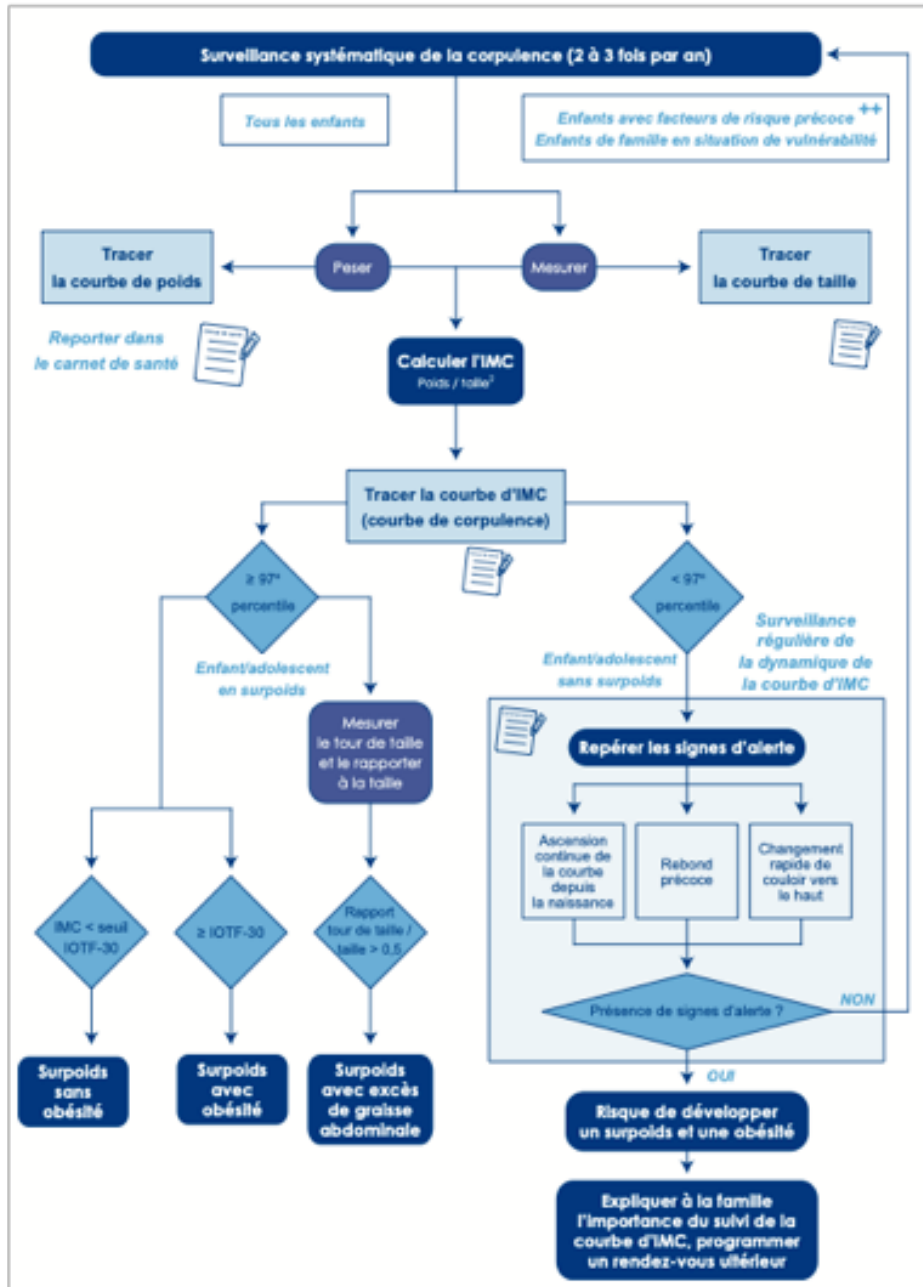


Annexe 2 : courbe de corpulence garçon



Annexe 3 : Recommandations de bonnes pratiques, Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent, HAS, Septembre 2011

Algorithme du dépistage du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent



Annexe 4 : schémas avec les 3 niveaux de recours, HAS 2011

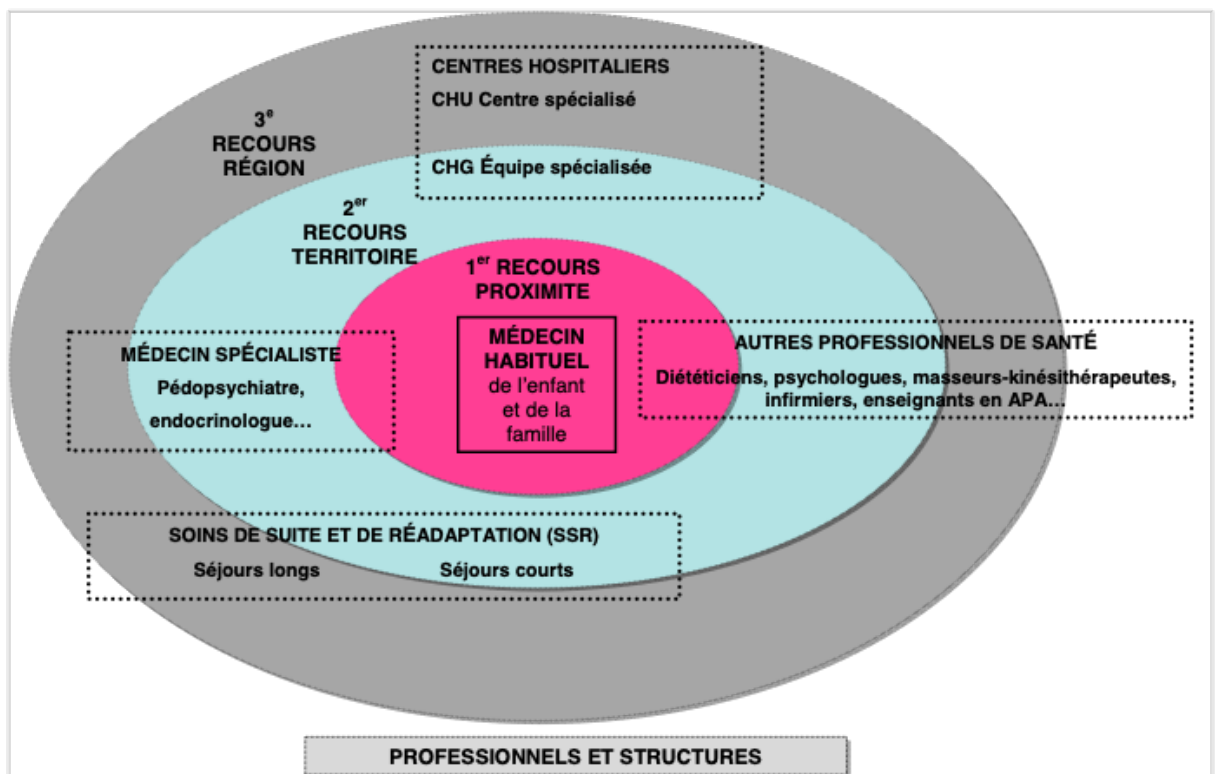
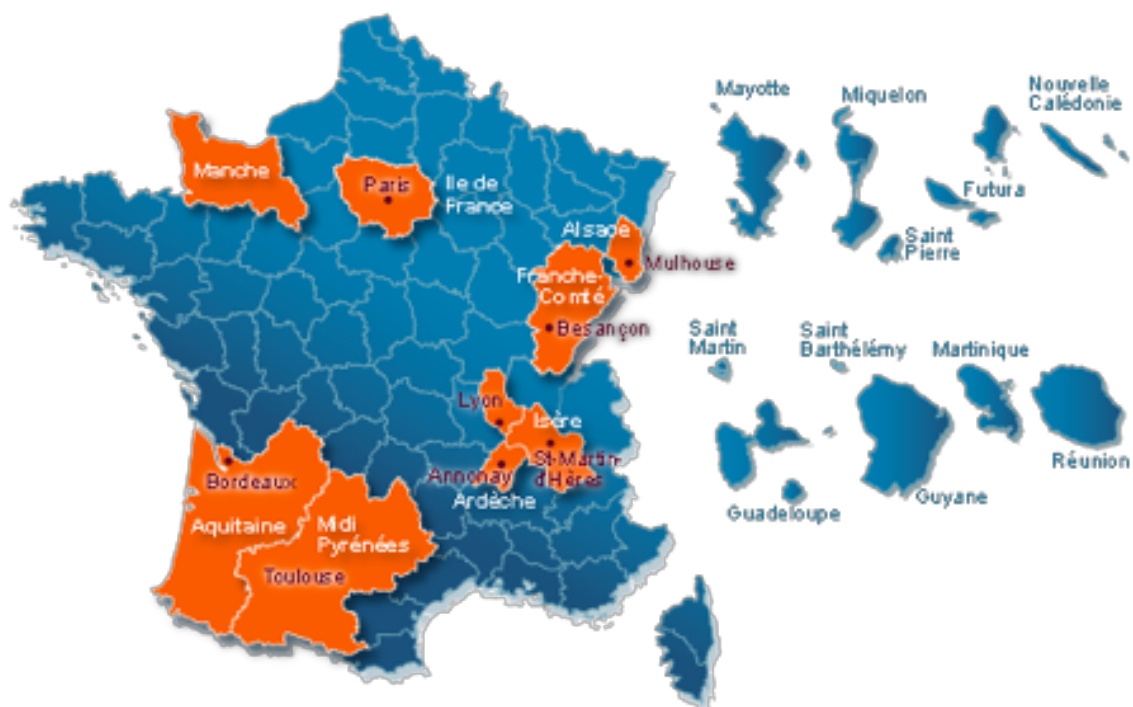


Figure 6. Coordination de la prise en charge multidisciplinaire et interprofessionnelle

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Septembre 2011

Annexe 5 : Carte des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP)



Source : <http://www.cnreppop.com>

Annexe 6 : Lettre d'information et consentement

LETTRE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT

Madame, Monsieur

Nous sommes 2 internes de Médecine Générale Ashley AGBANGLANON et Angéline NOUVELLON, inscrites à un Diplôme de Nutrition pour devenir Médecin Généraliste Nutritionniste, qui faisons notre travail de thèse sur le surpoids et l'obésité des enfants et adolescents.

Votre enfant rentre le soir et vous explique que des camarades se sont moqués de lui ? Il a du mal à trouver des vêtements qui lui vont ? Il est gêné par son poids quand il fait des activités physiques ? Il se sent mal dans sa peau ? Et vous ne savez pas comment l'aider ? A qui demander de l'aide pour prendre soin de sa santé ? Comment le motiver à faire attention à son poids ?

Objectif principal de cette étude : Comprendre les raisons évoquées par les adolescents en surpoids ou obèses et leurs parents pour expliquer les difficultés de prise en charge des problèmes de poids des adolescents par les médecins généralistes.

Objectif secondaire : Connaître les attentes des adolescents et leurs parents vis-à-vis des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'obésité de leur enfant.

Dans le cadre de notre travail, nous aimerions que vous témoigniez des difficultés que votre enfant et vous rencontrez pour prendre en charge ce problème de poids. Le but est d'aider les médecins généralistes à mieux vous comprendre pour ensuite vous proposer des solutions plus adaptées. Il est important pour nous de connaître votre ressenti sur ce sujet complexe.

Méthode de l'étude :

Dans un premier temps, nous demandons un accord écrit des détenteurs de l'autorité parentale, afin de pouvoir interroger les adolescents.

Dans un second temps, les entretiens ont lieu de façon simultanée, l'adolescent dans une pièce avec la 1ère enquêtrice et avec les parents dans une pièce indépendante avec la 2nde enquêtrice.

Les enquêtrices recueillent toujours les réponses de la même population (les adolescents pour Ashley, les parents pour Angéline). Un dictaphone est posé entre l'adolescent et l'enquêtrice. Il est déclenché après accord oral de l'adolescent et est éteint une fois l'entretien terminé. De la même façon pour les parents. Nous vous posons des questions au cours d'un entretien d'une durée de 30 min à 1h.

Toutes nos données sont anonymisées. Les enregistrements sont détruits une fois la retranscription réalisée. Ils ne sont pas non plus transmis à d'autres professionnels de santé.

LÉGISLATION - CONFIDENTIALITÉ

Traitement informatique des données personnelles : Un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre l'analyse des résultats dans des conditions assurant leur confidentialité. Vous disposerez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition quant à la transmission de vos données personnelles utilisées dans le cadre de cette étude. Les résultats de l'étude pourront vous être communiqués en fin d'étude.

Participation volontaire : votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous lire et de votre précieuse coopération.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, veuillez signer ci dessous en indiquant votre nom et prénom, précédés de la mention "Lu et approuvé".

NOM Prénom des détenteurs de l'autorité parentale

Mention "Lu et approuvé"

Signature

Annexe 7 : Guide d'entretien Parents

GUIDE D'ENTRETIEN PARENTS (entretien avec)

Entretien après signature d'un consentement écrit pour enregistrer la conversation et celle d'Ashley avec leur enfant.

“Bonjour, je m'appelle Angéline, je suis interne en médecine générale à Montpellier. Tout d'abord je vous remercie d'accepter de participer à notre travail de thèse. Vos réponses nous aideront à réfléchir à une meilleure prise en charge des adolescents en surpoids ou obèses en médecine générale.

Cet entretien est enregistré à l'aide d'un dictaphone et l'enregistrement ne sera accessible qu'à Ashley ma co interne, notre directeur de thèse et moi même. Ni votre enfant, ni d'autres professionnels de santé n'auront accès à l'enregistrement. Les entretiens seront retranscrits sur mon ordinateur, anonymisés puis supprimés.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Sentez vous libre de me parler.

Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?”

PARTIE I : Questions ouvertes

1-Qu'est ce que le surpoids et l'obésité pour vous ?

2- Que pensez-vous du poids de votre enfant ?

3- Quelles sont selon vous les causes de la prise de poids de votre enfant ?

4 - Si des solutions ont été mises en place pour que votre enfant perde ou stabilise son poids, pouvez-vous me dire lesquelles ? (+ relance “en voyez-vous d'autres ?”)

5- Quelles sont selon vous les raisons qui expliquent que votre enfant n'ait pas perdu ou pas réussi à stabiliser son poids grâce à ces solutions ?

6 -Quelles nouvelles solutions peuvent être envisagées pour aider votre enfant à changer son poids ?

7- Si le sujet du poids de votre enfant a déjà été abordé en consultation avec votre médecin généraliste, quelles étaient les conclusions de l'échange ? Quelle prise en charge a été choisie ?

8- Est-ce difficile pour vous de discuter de ce sujet avec votre médecin généraliste ? si oui, pour quelles raisons ?

9- Si vous pensez que votre médecin généraliste est en difficulté dans sa prise en charge, comment l'expliquez-vous ?

10- Quelles sont vos attentes vis à vis du médecin généraliste pour prendre en charge le surpoids ou l'obésité de votre enfant ?

Questions de relances, échos et reflets simples pour obtenir des réponses les plus complètes possibles.

Pour finir, je vous propose de répondre à des questions pour mieux vous connaître.

PARTIE II : Caractéristiques de la population

- Âge des parents
- Niveau d'études / emploi actuel
- Schéma familial (couple, parents séparés, famille monoparentale ...)
- Nombre d'enfants à charge. Nombre d'enfants en surpoids ou obèses parmi eux.
- Lieu de vie (rural, semi rural, urbain)
- Poids des parents maximal et actuel / IMC des parents
- Antécédents familiaux d'obésité
- Fréquence des consultations chez le médecin généraliste pour leur enfant, pour des problèmes autres que le poids, l'année passée

Vous consultez plutôt :

1x/ mois

3-4x/ an en moyenne

1x/ an en moyenne ou moins

“Merci encore pour le temps que vous m’avez accordé. Nous pourrions vous transmettre les résultats de notre thèse si vous le souhaitez. Nous vous laissons nos coordonnées. Au revoir”

Fin de l'entretien.

Annexe 8 : Guide d'entretien Adolescents

GUIDE D'ENTRETIEN ADOLESCENTS (entretien avec Ashley Agbanglanon)

Le tutoiement ou le vouvoiement seront utilisés en fonction de l'âge des adolescents et de leur accord. Les questions seront reformulées de façon plus simple si l'adolescent ne les comprend pas dans un premier temps.

“Bonjour, je m'appelle Ashley, interne en médecine générale à Montpellier. Déjà je te remercie d'avoir accepté de répondre aux quelques questions concernant ce sujet. Il n'est pas facile à aborder, je le sais, mais sache que ni Angéline ni moi-même ne sommes là pour te juger.

Cet entretien est enregistré avec un dictaphone et tout ce que tu me diras, sera confidentiel. En effet, n'auront accès à cet enregistrement que Angéline, notre directeur de thèse et moi-même. Ensuite, cet enregistrement sera retranscrit sur mon ordinateur, en version anonyme puis supprimé.

Ne t'inquiète pas, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : nous ne sommes pas à l'école ! Sois à ton aise pour y répondre.

As-tu des questions avant de commencer ?

PARTIE I : Questions ouvertes

- 1) Quelle est ta définition du surpoids et de l'obésité ?
- 2) Et toi, que penses-tu de ton poids ?
- 3) En fonction de la réponse à la question 2 : selon toi, qu'est ce qui explique que tu aies pris du poids/ pas réussi à stabiliser ton poids ?
- 4) Si ton poids t'ennuie, qu'as-tu déjà essayé comme méthodes pour perdre du poids ou stabiliser ton poids ?
- 5) Comment expliquer que tu n'aies pas réussi à perdre ou stabiliser ton poids ?
- 6) Et maintenant, as-tu des idées pour faire changer ton poids ?
- 7) Si tu as déjà consulté ton médecin généraliste à ce sujet, qu'est-ce que tu retiens de cette consultation?
- 8) Est-ce difficile pour toi de consulter ton médecin généraliste au sujet de ton poids ? et pour quelles raisons ?
- 9) Si tu penses que ton médecin généraliste a des difficultés à t'aider, à ton avis, pourquoi ?
- 10) Qu'aimerais-tu que ton médecin généraliste fasse pour t'aider ?

Pour finir, je te propose de répondre à des questions pour mieux te connaître. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

PARTIE II : Caractéristiques de la population

- Âge de l'enfant
- Taille/Poids => IMC
- Classe actuelle à l'école/ niveau d'étude
- Domicile familial ou internat ou autres
- Fréquence des consultations chez le médecin généraliste dans l'année pour des problèmes autres que le poids
- Autres problèmes de santé
- Suivi spécialisé pour le surpoids ou l'obésité

“Merci encore pour le temps que tu m’as accordé. Nous pourrions te transmettre les résultats de notre thèse si tu le souhaites. Nous te laissons nos coordonnées. Tu peux également nous contacter si tu veux des contacts de professionnels de santé spécialisés dans la prise en charge du surpoids et de l’obésité chez l’adolescent.”

Fin de l'entretien.

Annexe 9 : Caractéristiques de la population Adolescents

ADO-LESCENTS N°	Date entretien	Lieu d'entretien	Cadre de l'entretien	Durée entretien (Min'sec)	Sexe	Age	Taille	Poids	IMC (en kg/m2)	IOTF (en percentile)
A1	16/05/2019	Bédarieux	Domicile	15'56	M	16 ans	182 cm	124 kg	37,6	> 97e
A2	17/05/2019	CHU Lapeyronie	Centre hospitalier	06'34	F	17 ans	154 cm	106 kg	44	> 97e
A3	23/05/2019	Bédarieux	Domicile	15'23	F	13 ans	172 cm	78 kg	26,3	> 97e
A4	12/06/2019	Grau du roi	Centre hospitalier	07'07	M	13 ans	165 cm	80,1 kg	29,4	> 97e
A5	14/06/2019	Calvisson	Domicile	17'57	F	12 ans 1/5	151 cm	56 kg	24,2	> 97e
A6	03/07/2019	Clairac	Domicile	09'21	M	14 ans	155 cm	72 kg	29,9	> 97e
A7	09/07/2019	Béziers	Domicile	09'08	F	10 ans	150 cm	68 kg	30,2	> 97e
A8	10/07/2019	Sérignan	Domicile	13'57	F	18 ans	150 cm	85 kg	37	> 97e
A9	17/07/2019	La Grande Motte	Domicile	07'08	M	13 ans	155 cm	61 kg	26	> 97e
A10	17/07/2019	Le Grau du Roi	Centre hospitalier	13'04	M	19 ans	179 cm	128,2 kg	40	> 97e
A11	18/07/2019	Agde	Domicile	13'40	F	13 ans	160 cm	81 kg	31,6	> 97e
A12	23/07/2019	CHU Lapeyronie	Centre hospitalier	14'04	F	19 ans	167 cm	93,1 kg	33,3	> 97e
A13	24/07/2019	St Privat des Vieux	Domicile	14'57	F	11 ans	142 cm	52 kg	25,7	> 97e
A14	26/07/2019	CHU Lapeyronie	Centre hospitalier	12'00	F	19 ans	182 cm	127 kg	38,3	> 97e

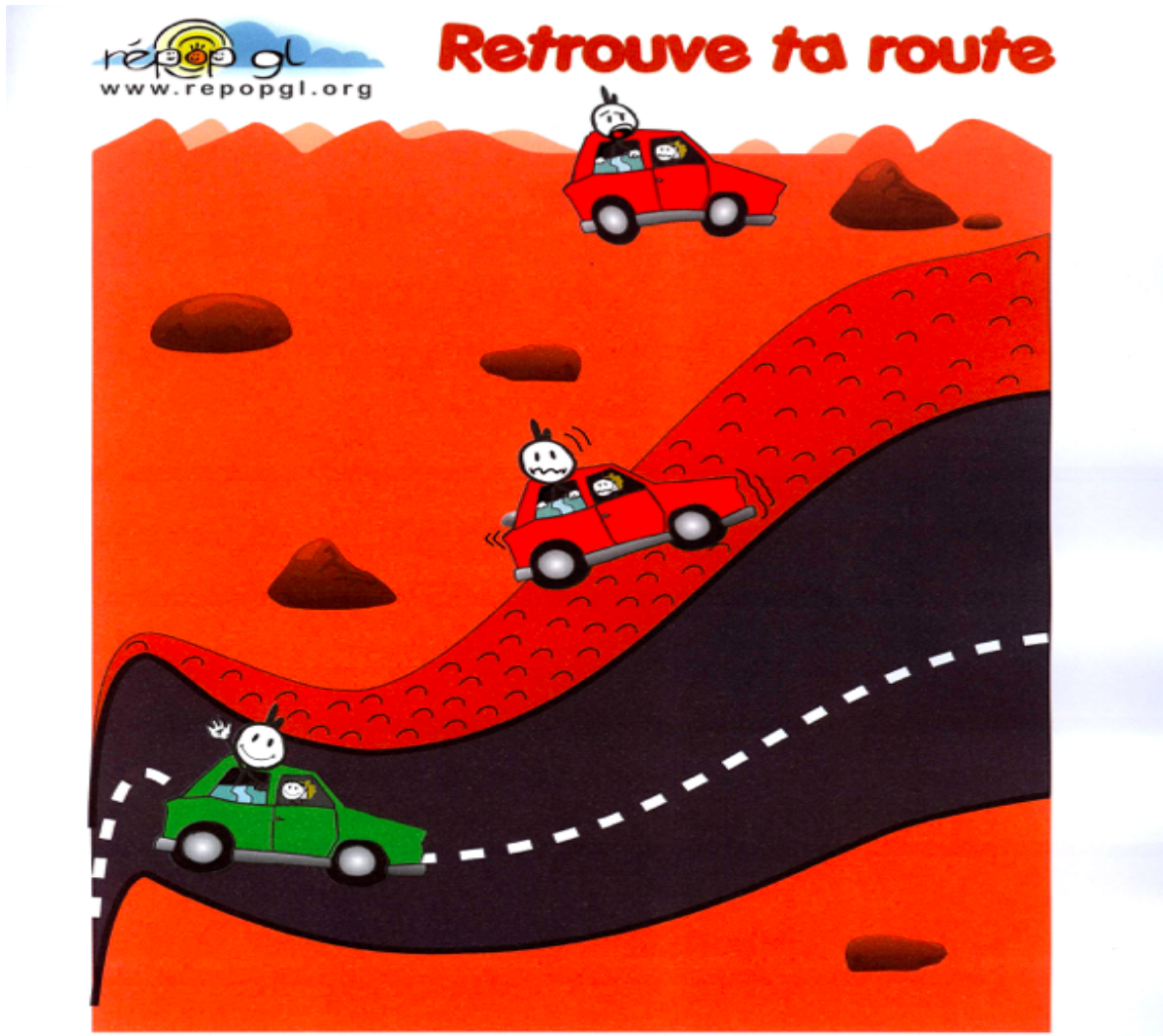
ADO N°	Classe actuelle	Schéma Familial	Fréquence consultations	Antécédents personnels	Suivi spécialisé
A1	2dn BAC PRO	Domicile fam	3-4x/an	Aucun	Aucun
A2	TSTG	Mère	5x/an	TCA boulimie	Aucun
A3	6ème SEGPA	Garde alternée	2-3x/mois	Épilepsie/dépakine	Aucun
A4	5ème	Domicile fam	1x/mois	TDHA / Concerta	ISP
A5	4ème	Domicile fam	3-4x/an	Aucun	Aucun
A6	4ème	Domicile fam	1x/mois	Asthme traité	Aucun
A7	CM2 ULIS	Domicile fam	1-2x/mois	Asthme traité	Croque santé
A8	CAP sans emploi	Chez sa mère	1x/mois	Maladie de Shox	CSO Mtp
A9	6ème ULIS	Garde alternée	1x/an	Dysarthrie	Croque santé
A10	TES	Chez son père	4x/ an	Sd dépressif/prozac	Aucun
A11	4ème SEGPA	Famille d'accueil	2x/an	Aucun	Croque santé
A12	PACES	Domicile fam	5x/an	TCA	Aucun
A13	6ème	Domicile fam	4x/an	Aucun	RESEDA
A14	BTS2 Management	Chez sa mère	2-3x/mois	Aucun	Aucun

Annexe 10 : Caractéristiques de la population Parents

PARENTS	date entreti	lieu entretien	cadre de l'en	durée	Sex	Age	Taille	Poids	IMC	IMC maxi
P1	16/05/2019	Bédarieux	domicile	24'51	F	50 ans	158 cm	74,5 kg	29,8	36,1
P2	17/05/2019	CHU Lapeyronie	centre hosp	14'32	F	53 ans	157 cm	93 kg	37,7	37,7
P3	23/05/2019	Bédarieux	domicile	13'03	F	36 ans	163 cm	68 kg	25,6	27,8
P4	12/06/2019	CHU Grau du R	centre hosp	27'21	F	57 ans	172 cm	72 kg	24,3	25,3
P5	14/06/2019	Calvisson	domicile	13'22	F	45 ans	165 cm	89 kg	32,7	32,7
P6	03/07/2019	Clairac	domicile	18'34	F	51 ans	161 cm	82 kg	31,6	31,6
P7	09/07/2019	Béziers	domicile	17'26	F	50 ans	153 cm	67 kg	28,6	30,7
P8	15/07/2019	Sérignan	domicile	19'02	F	49 ans	161 cm	73 kg	28,2	28,2
P9	17/07/2019	La Grande Motte	domicile	13'27	F	46 ans	165 cm	64 kg	23,5	23,5
P10 (père)	20/07/2019	CHU Le Grau du	centre hosp	11'53	M	47 ans	183 cm	85 kg	25,4	26,9
P10 (mère)	23/07/2019	CHU Le Grau du	centre hosp	29'54	F	42 ans	171 cm	130 kg	44,4	44,4
P11	18/07/2019	Agde	domicile	21'20	F	58 ans	162 cm	80 kg	30,5	49,5
P12 (mère)	31/07/2019	Montpellier	domicile	30'47	F	55 ans	165 cm	79 kg	29	36,7
P12 (père)	31/07/2019	Montpellier	domicile	30'47	M	57 ans	175 cm	88 kg	28,7	29,7
P13	24/07/2019	St Privat des Vie	domicile	28'56	F	45 ans	155 cm	55 kg	22,9	25,4
P14	29/07/2019	Montpellier	domicile	13'32	F	51 ans	170 cm	102 kg	35,3	39,1

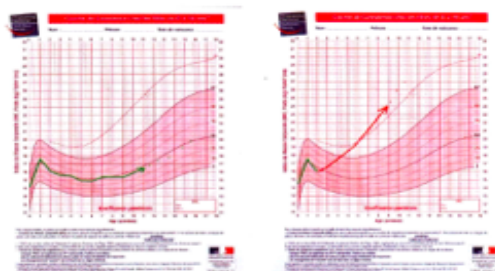
PARENT	schéma fam	emploi	Enf à ch	Enf obé	Lieu de vi	ATCD fam d'obé	Frq consult MG
P1	mariée	Aide soignante	3/5	3/5	semi rural	grand-mères mat	1x/mois
P2	célibataire	ergothérapeute	2/3	2/3	rural	arrière grand mèn	3-4x/an
P3	mariée, sépa	assistante maternelle	3/3	1/3	semi rural	aucun	1x/ mois
P4	mariée	gestion d'une pizzeria	1/1	1/1	semi rural	grand mère en su	1x/mois
P5	mariée	institutrice	5/5	2/5	semi rural	oncles, tantes, co	1x/mois
P6	mariée	sans emploi	2/6	2/6	rural	grand parents pa	1x/an
P7	mariée	agent d'entretien	4/4	1/4	urbain	grand mère, tante	1x/mois
P8	célibataire	sans emploi	1/1	1/1	semi rural	nièce	1x/mois
P9	en couple	cadre en banque	2/2	1/2	urbain	aucun	1x/an
P10 (p	divorcé	ingénieur	1/1	1/1	semi rural	grand père mat	3-4x/an (pour eux)
P10 (m	divorcée	auxiliaire puéricultrice	1/1	1/1	semi rural	grand père mat	3-4x/an (pour eux)
P11	mariée	famille d'accueil	4/7	2/4	rural	mère biologique	3-4x/an
P12 (m	mariée	agent de maîtrise en	2/2	2/2	urbain	grand père mat	1x/an
P12 (p	mariée	cadre	2/2	2/2	urbain	grand père mat	3-4x/an (pour eux)
P13	Mariée	Professeur des écoles	2/2	1/2	semi rural	aucun	3-4x/an
P14	célibataire	agent administratif	1/1	1/1	urbain	aucun	1x/mois

Annexe 11 : "Retrouve ta route"



courbe de gauche:
courbe IMC normale

courbe de droite:
rebond précoce d'adiposité



conception, réalisation : www.concept-image.fr

IX- COMITÉ DE PILOTAGE

Les relecteurs des guides d'entretien sont :

- Dr Jean-Luc CASTAN, Médecin Généraliste à Hérépian
- Dr Lucie CLOTET, Médecin-Nutritionniste, à Montpellier
- Dr Delphine MASSON, Médecin-Nutritionniste spécialisée en pédiatrie, à l'Institut Saint-Pierre de Palavas-Les-Flots
- Dr Claire JEANDEL, Pédiatre spécialisée en endocrinologie, au CHU Laypeyronie de Montpellier
- Mme DAYNES Brigitte, psychologue dans l'unité Nutrition-Diabète au CHU Lapeyronie de Montpellier
- Mme L'HOSTETTE Alexandra, diététicienne en Pédiatrie au CHU Arnaud de Villeneuve de Montpellier
- Mme SCHIESSER Catherine, diététicienne en Pédiatrie au CHU Arnaud de Villeneuve de Montpellier

X- SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant
l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure,
au nom de l'Être suprême,
d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité
dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

XII- RÉSUMÉ

Contexte : L'obésité est une maladie complexe dont la prévalence ne cesse d'augmenter, à tous les âges de la vie. L'adolescence est une phase de transition propice aux changements du mode de vie. Le médecin généraliste a un rôle important dans la prise en charge des problèmes de poids de par sa place privilégiée auprès des familles.

Objectifs : Comprendre les raisons évoquées par les adolescents en surpoids ou obèses et leurs parents pour expliquer les difficultés de prise en charge des problèmes de poids par les médecins généralistes. Rechercher les attentes des familles vis-à-vis des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'obésité.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-directifs, analysés par théorisation ancrée auprès de 14 familles. Étaient inclus les adolescents de 10 à 19 ans, en situation de surpoids ou d'obésité selon les classifications IOTF (soit > 97ème percentile), en échec de prise en charge et seulement si l'un des parents acceptait également de participer à l'étude.

Résultats : Les adolescents et les parents sont d'accord pour dire que les médecins généralistes manquent d'empathie ou encore de tact lorsqu'ils abordent le sujet du poids, mais aussi parfois de temps et de connaissances. Les familles attendent du médecin généraliste une approche bienveillante, non jugeante et personnalisée afin que le sujet soit abordé plus librement.

Mots clés : Adolescents, obésité, surpoids, parents, médecin généraliste, médecine générale, prise en charge, étude qualitative.