



Faculté de médecine

Année 2019/2020

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Valentin GUILBERT**

Né le 11 avril 1990 à Orléans (45)

---

## Vécu et ressenti des adolescents en surpoids et obèses lors de l'abord de ce sujet en consultation de médecine générale

---

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2020 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Régis HANKARD, Pédiatrie, Faculté de Médecine-Tours

Membres du Jury :

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, transfusion, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Delphine MITANCHEZ, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adulte, Faculté de Médecine – Tours

**Directeur de thèse : Docteur Emmanuel BAGOURD, Médecine Générale - Tours**

UNIVERSITE DE TOURS

**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

Pr Theodora BEJAN - ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Pr Patrick VOUREC'H, Recherche

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

## PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
DESOUTREUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLOUXEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine .....	Médecine intensive – Réanimation
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion

HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis .....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

DIBAO-DINA Clarisse

LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs

POTIER Alain ..... Médecine Générale

ROBERT Jean ..... Médecine Générale

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>nd</sup> DEGRE**

MC CARTHY Catherine ..... Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

AUDEMARD-VERGER Alexandra ..... Médecine interne

BARBIER Louise ..... Chirurgie digestive

BINET Aurélien ..... Chirurgie infantile

BRUNAUT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie

CAILLE Agnès ..... Biostat, informatique médical et technologies de communication

CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie

DENIS Frédéric ..... Odontologie

DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire

ELKRIEF Laure ..... Hépatologie - gastroentérologie

FAVRAIS Géraldine ..... Pédiatrie

FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques

GATAULT Philippe ..... Néphrologie

GOUILLEUX Valérie ..... Immunologie

GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille ..... Immunologie

IVANES Fabrice ..... Physiologie

LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

LEFORT Bruno ..... Pédiatrie

LEGRAS Antoine ..... Chirurgie thoracique

LEMAGNEN Adrien ..... Maladies infectieuses

MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques

MOREL Baptiste ..... Radiologie pédiatrique

PIVER Éric ..... Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille ..... Médecine légale

ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire

SAUTENET Bénédicte ..... Thérapeutique

TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

VUILLAUME – WINTER Marie - Laure ..... Génétique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences

NICOGLU Antonine ..... Philosophie – histoire des sciences et des techniques

PATIENT Romuald ..... Biologie cellulaire

RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

BARBEAU Ludivine ..... Médecine Générale  
RUIZ Christophe ..... Médecine Générale  
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
COURTY Yves ..... Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100  
DE ROCQUIGNY Hugues ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259  
ESCOFFRE Jean-Michel ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282  
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001  
GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253  
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253  
MAZURIER Frédéric ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001  
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259  
PAGET Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
RAOUL William ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001  
SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
WARDAK Claire ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

### **Pour l'Ecole d'Orthophonie**

DELORE Claire ..... Orthophoniste  
GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier

### **Pour l'Ecole d'Orthoptie**

MAJZOUB Samuel ..... Praticien Hospitalier

### **Pour l'Ethique Médicale**

BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de  
l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.  
Je donnerai mes soins gratuits 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.

# **RÉSUMÉ :**

## **Titre :**

Vécu et ressenti des adolescents en surpoids et obèses lors de l'abord de ce sujet en consultation de médecine générale

## **Introduction :**

Les données épidémiologiques actuelles nous montrent que le surpoids et l'obésité de l'adolescent font partie des problèmes de santé fréquemment rencontrés par les médecins généralistes. Cependant, il existe peu de documents consensuels quant à l'approche psychologique à adopter pour parler de la problématique du surpoids à ces adolescents. Notre objectif est d'analyser le vécu et le ressenti de l'adolescent en surpoids et obèse, lors de l'abord de ce sujet par le médecin généraliste, afin de mieux déterminer l'attitude psychologique que celui-ci doit adopter face aux jeunes.

## **Matériel et Méthodes :**

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

## **Résultats :**

Les adolescents réagissaient différemment en consultation, lorsque leur médecin abordait la problématique de ce « nouveau corps ». L'élément récurrent de ces entretiens était la souffrance qu'engendrait le surpoids. L'expression de cette souffrance variait d'un individu à l'autre. L'échange avec le médecin par rapport à cette souffrance, et notamment celle du regard social, était un élément primordial pour eux, à condition que le médecin réponde à certaines exigences. Les adolescents pouvaient se détacher de la prise en charge médicale du surpoids à cause de l'attitude qu'ils percevaient de leur médecin qui n'était, selon eux, pas adaptée à leur problématique.

## **Discussions :**

L'échange médecin-adolescent constitue un enjeu majeur dans l'adhésion du jeune à la prise en charge médicale. Le médecin doit avoir en tête que le corps de l'adolescent est un élément nouveau dans la vie du jeune et que celui-ci doit apprendre à le découvrir progressivement. Il est important que le médecin interroge l'adolescent sur la souffrance psychique et relationnelle qu'engendre ce corps et notamment celle liée au regard social.

## **Conclusion :**

Afin de mieux prendre en charge ces adolescents en surpoids et obèses, il est important, d'évaluer le degré de souffrance psychique du jeune, de tenir compte de l'environnement social et familial, de créer une autre approche médicale et de réinvestir l'adolescent au cœur de sa prise en charge.

**Mots-clés :** adolescents, surpoids, obésité, ressenti, vécu

## **ABSTRACT :**

### **Title:**

Overweight and obese adolescents' perception and experience of consultations with general practitioners when addressing weight.

### **Introduction:**

Current epidemiological data show that overweight and obesity in adolescents belong to the health problems that general practitioners deal with on a frequent basis. However, there are very few consensual documents tackling the psychological approach which should be used to talk about the overweight issue to these adolescents. Our goal here is to analyse how overweight and obese adolescents feel and cope with it when the topic is addressed by the general practitioner, in order to better identify the psychological approach that the latter should follow when talking to teenagers.

### **Materials and methods:**

This is a qualitative study carried out through semi-structured, one-on-one interviews.

### **Results:**

The teenagers' reactions when the practitioner would address the issue of their "new body" during consultations would differ. One persistent element in those interviews was the distress resulting from the overweight. The way this distress was expressed would differ from one individual to the other. Exchanging with the general practitioner about this suffering, more specifically the distress resulting from being judged in society, was tremendously important for them, provided that the practitioner would respect a number of requirements. Teenagers would sometimes break away from medical care of overweight because of the demeanor they would perceive from the practitioner, which, according to them, was not suited to their issue.

### **Discussions:**

Discussions between practitioner and teenager account for a major stake in the teenager's participation in medical care. The practitioner must keep in mind that the teenager's body is a new element in their life and that they must learn and gradually explore it. It is important that the practitioner asks the teenager about the mental and social suffering resulting from this body, more specifically from social judgements.

### **Conclusion:**

In order to take care of those overweight and obese adolescents better, it is important to assess the teenager's degree of mental distress on the one hand, as well as to take the social and family environments into account, and finally to create another medical approach and involve the teenager in their medical care.

**Keywords:** adolescents / teenagers, overweight, obesity, feeling / perception, experience

## **REMERCIEMENTS :**

**A Monsieur le Professeur Regis HANKARD,**

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail et de présider ce jury. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Philippe COLOMBAT,**

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et d'avoir accueilli cette idée avec autant d'enthousiasme.

Soyez assuré de ma grande considération.

**A Madame le Professeur Delphine MITANCHEZ,**

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail et de l'intérêt que vous y accordez. Soyez assurée de ma sincère gratitude.

**A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,**

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

**A Monsieur le Docteur Emmanuel BAGOURD,**

Merci Emmanuel d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Je te remercie du temps que tu m'as consacré malgré un planning bien chargé. Merci pour tes conseils, ton soutien et ton accompagnement tout au long de ce tumultueux parcours. Tu as toute ma considération.

A toutes les personnes ayant participé à ma formation

Au Docteur Frédéric SCHMITT, merci pour tes enseignements passionnés et la transmission exceptionnelle de ton savoir. Merci pour ton accompagnement dans le début de ma vie professionnelle. Tu resteras, pour moi, un médecin de grande qualité et un mentor.

Aux Docteurs Annie, Sam, Séverine, Virginie et Philippe, merci pour votre accueil au CH de Vendôme. Vous m’avez appris les bases dans la bonne humeur et la bienveillance. Le début de mon internat restera toujours gravé dans ma mémoire.

A tous les médecins des urgences de Trousseau, merci pour ce semestre passé à vos côtés. Je suis fier des compétences que j’ai acquises auprès de vous.

Merci à mon trinôme de niveau 1, Romain, Stéphane et Jean pour m’avoir fait découvrir la médecine générale sous trois univers différents.

Merci à toute l’équipe de PMI de Blois de m’avoir transmis la passion pour la pédiatrie.

Merci à James et Jean Michel, mes médecins de SASPAS, pour tous vos enseignements.

Merci à toute la MSP Laënnec, Sophie, Seb, Vincent, Nicolas, Jean Michel et Michel, Ingrid, Florence, Elodie et Paul, travailler à vos côtés a toujours été un vrai plaisir sans compter l’aide précieuse de Christelle, Corinne, Danielle, Paquita et Martine, des secrétaires irremplaçables.

Merci à la MSP de Château-Renault, Philippe, Jérôme, Leslie, Perrine, Ségolène, Vanessa, Hamid, Cornelis, mon binôme Coralie et Marie Claire pour votre accueil chaleureux dans cette belle aventure.

Merci à l’équipe de Vendôme, Laurent, Anne, Jean Pierre et Chantal, malgré la distance, travailler avec vous est toujours un vrai bonheur.

## A mes amis

A mes vieux potes de toujours, Jean, Nico, Adrien et Amaury. La distance et les années nous ont séparés mais vous retrouver de temps à autre pour sortir des répliques culte de « Kaamelott » et « Astérix et Obélix mission Cléopâtre » me remplit de joie.

!!!!A ma bande de jack d'amour !!!!

Tim, Lulu, Clément, Laeti et notre bouille d'amour qui vient certainement d'arriver.

A mon Tristanus, ma Jude et Liline que j'ai toujours envie de croquer.

Mon Yoyo, notre petit nouveau Leo et bien sûr Audrey.

A Victor et Delphine, Pablo et Mémé mes copains délutés.

A Vincent, Pauline et Antoine Lucile les nouveaux arrivés.

Au Giraud Camille, Aurel et à Flow, Quentin et Alexis mes copains (... n'y voyez aucune malice !!)

Vous êtes un soutien et un rayon de soleil de tous les jours dans mon cœur et vous y resterez à jamais.

A mes deux compagnons de boissons, JB et Quentin je ne pouvais espérer mieux que de vous avoir à mes côtés pour débiter l'internat. C'est une belle rencontre que je souhaite préserver pour longtemps.

A mon Sylvanus, tu m'as fait bien rire dans des moments sombres. Ta présence était un réel réconfort, ainsi que celle d'Audrey.

A mon Aurel, mon poto d'externat, sans qui je n'aurais jamais rencontré la femme de ma vie. Aujourd'hui il est plus compliqué de se voir, mais mon amitié n'en est que plus grande.

A Baptiste, Didi, Adrien, Pierre, Romain, Marie Dimitri et Augustin, merci pour nos repas, nos sorties. Vous redonnez souvent le sourire à Marie et pour ça merci.

Et aux Chartrains pour toutes ces soirées bien arrosées.

A Elizabeth, merci beaucoup pour ton temps passé dans la relecture de ma thèse.

### A ma famille

A mes parents pour leur soutien pendant ces longues et difficiles années d'études. Votre confiance en moi a toujours été sans faille. C'est le savant mélange de vous deux qui fait que je suis là où j'en suis aujourd'hui et je vous en remercie.

A Quentin, ce jeune homme plein de persévérance dont je suis fier d'être le frère.

A Tata, Tonton et les cousins, mes racines Vendéennes.

A Tatie pour m'avoir appris le goût du travail bien fait.

A ma Mamie Ninja avec qui j'ai des souvenirs inoubliables et à Roger qui prend soin d'elle.

A mes Papis et Mamie, je pense à vous et je sais que vous me regardez de là-haut.

A ma belle-famille, Sylvie, Pascal, Seb, M-A merci pour tous ces moments passés ensemble.

A Marie, eh oui une page rien que pour toi mon chat, merci de passer chaque jour avec moi. Depuis que nous nous sommes (re)-rencontrés, je vis sur un nuage, tu es toujours là pour moi, dans le bonheur ou le malheur, quand je ris ou quand je pleure.

Tu partages mes joies et mes soucis et je le sais pour la vie.

Tu es le rocher de la Godelle sur lequel j'ai pu prendre appui pour sortir la tête de l'eau et voir l'horizon. Et l'horizon est net, je souhaite prendre cette belle vague de la vie avec toi.

Je t'aime.

## **Table des matières**

Introduction :.....	17
Matériel et méthodes :.....	18
Résultats :.....	20
A. Le vécu de l'adolescent en surpoids .....	21
I. L'adolescent en souffrance, prisonnier de son corps .....	21
II. Occulter le surpoids.....	22
III. Quiétude relative du corps.....	23
IV. Bien-être dans le surpoids.....	23
V. Le nouveau corps .....	24
B. Le discours du médecin : la perception du médecin par l'adolescent.....	24
I. L'inertie médicale .....	25
II. La rigueur médicale.....	26
III. Une nouvelle approche .....	27
C. La remise en question du discours devant l'échec .....	27
D. L'importance du langage .....	28
E. La pesée anxiogène .....	29
F. Les freins au discours transmis par l'adolescent.....	29
I. Une crainte d'aborder le sujet .....	29
II. La lassitude du discours reçu .....	31
G. Les éléments clefs du discours transmis de l'adolescent .....	31
I. Le regard social .....	32
H. Le déclic initiateur du changement .....	33
I. Le chemin de la perte de poids .....	35

Discussion :	37
A. A propos de la méthode	37
B. Discussion des résultats :	38
I. Le nouveau corps de l'adolescent : un prérequis à avoir en tête	38
II. Explorer la souffrance de l'adolescent dans son surpoids : un outil d'aide à la prise en charge	39
III. Le regard social : première source de souffrance dans l'échange	40
IV. Les grands enjeux de l'échange adolescent-médecin	41
V. L'implication parentale	43
Conclusions :	45
Références :	46
Annexe 1 :	50
Annexe 2, 3 et 4 :	51
Annexe 5 :	54

## Introduction :

Le surpoids et l'obésité infantile mondiale sont en constante augmentation depuis les années 90. Cela devrait atteindre les 70 millions à l'horizon 2025. (1)

En France, la prévalence du surpoids des enfants de 6 à 17 ans n'a pas évolué significativement entre 2006 et 2015 et tend à se stabiliser. Néanmoins, 18% des adolescents en classe de troisième sont en surcharge pondérale et 5% sont obèses. (1) Pour éviter une obésité persistante à l'âge adulte, il est important que les médecins généralistes soient capables de prendre en charge précocement et efficacement ces adolescents.

Devant ces chiffres, on peut penser qu'il existe des freins dans la prise en charge de ces adolescents. Le dépistage, première étape de la prise en charge du surpoids, est clairement défini. (2) Les recommandations de bonnes pratiques restent cependant évasives quant à l'abord de ce surpoids chez les adolescents.

La période charnière de l'adolescence est troublée par la souffrance psychologique liée au surpoids (3) (4) et l'image de « ce que doit être le corps » selon notre société actuelle. (5) De ce fait, il est alors évident que l'approche psychologique de ces adolescents peut être difficile pour un médecin généraliste.

La HAS recommande d'expliquer, de rassurer, de dédramatiser, de déculpabiliser... (6) Ces mots demeurent des concepts subjectifs, dont la mise en pratique laisse libre à chacun une interprétation personnelle.

Les ressources théoriques ou pratiques des jeunes médecins à ce sujet étant peu nombreuses, il nous est apparu important d'étudier le vécu et le ressenti de l'adolescent en surpoids ou obèse, lors de l'abord de ce sujet par le médecin généraliste. Le but de cette étude est de mieux comprendre les difficultés relationnelles entre l'adolescent et son médecin dans la mise en place d'un retour à l'équilibre pondéral.

L'objectif de ce travail est de décrire, au travers d'une étude qualitative, les différents vécus et ressentis des adolescents en surpoids lors de l'abord de ce sujet en consultation de médecine générale afin de perfectionner notre approche psychologique de ces jeunes et la relation médecin-adolescent qui doit en découler.

## **Matériel et méthodes :**

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

### **Population étudiée :**

Des adolescents en surpoids et/ou obèses étaient recrutés selon la stratégie d'échantillonnage « en variation maximale ». Il s'agissait, en somme, d'obtenir un échantillon d'adolescents en surpoids et/ou obèses le plus diversifié possible sur des critères préalablement définis afin de faire ressortir le plus grand nombre de point de vue sur le sujet, puis de multiplier les entretiens avec en parallèle une analyse des données jusqu'à saturation des propriétés et catégories analysées.

Les adolescents étaient recrutés par le biais du centre médical Therae (La Chaussée Saint Victor (41)), grâce à la consultation de CSO (centres spécialisés obésité) de Bretonneau, par l'intermédiaire d'un médecin généraliste ou au décours de consultation de médecine générale dans le cadre d'une activité de remplacement.

Nos critères d'inclusions étaient :

- Être âgé de 13 à 18 ans
- Être en surpoids et/ou obèse : IMC supérieur au 97ème percentile
- Que l'excès de poids ait déjà été abordé au cours d'une consultation de médecine générale

Nos critères d'exclusions étaient :

- Le refus de participer à l'étude

### **Aspects éthiques :**

Les individus interviewés dans notre étude étant mineurs, nous avons obtenu l'avis favorable « du groupe éthique d'aide à la recherche clinique » à poursuivre notre étude.  
(Annexe1)

Avant tout entretien, il était délivré au représentant légal de l'adolescent une notice explicative de notre étude ainsi qu'un formulaire de consentement à remplir et signer.

Il en était de même pour l'adolescent bien entendu. (Annexes 2, 3 et 4)

## **Recueil des données :**

Un guide d'entretien évolutif a préalablement été rédigé puis adapté au premier entretien pour donner suite à un guide d'entretien définitif. (Annexe 5)

Dans un premier temps, il questionnait l'adolescent sur le vécu de sa dernière consultation avec son médecin généraliste, afin d'initier une discussion entre les deux interlocuteurs. (« question brise-glace »)

Il explorait ensuite l'échange entre l'adolescent et son médecin généraliste au cours d'une consultation où ils avaient parlé du poids de l'adolescent. Il interrogeait ensuite l'adolescent sur les émotions qui avaient découlé de cette consultation, et enfin, sur l'impact qu'avait eu cette consultation sur sa relation avec son médecin généraliste.

Nous avons réalisé les entretiens dans des salles de réunion de cabinets médicaux ou au domicile des adolescents afin qu'ils se sentent en confiance et que l'interviewer ne représente pas l'image du médecin.

Puis nous les avons intégralement retranscrits sur Word à partir des enregistrements audios obtenus tout en préservant l'anonymat des adolescents interviewés.

La communication non verbale a elle aussi été transcrite par écrit (pleurs, rires, silences).

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

## **Analyse des données :**

Une analyse thématique des verbatims a été conduite par codage ouvert sur le logiciel N'vivo 12, en se basant sur les principes de la méthode par théorisation ancrée, ou « Grounded Theory » de 1967.

Nous nous sommes appuyés sur des ouvrages de références afin de produire une théorie pouvant répondre à la problématique évoquée et lui proposer un schéma explicatif.

## Résultats :

Huit entretiens individuels ont été menés de mai 2019 à décembre 2019. La saturation des données a été atteinte après 7 entretiens et confirmée sur le suivant. Les caractéristiques de l'échantillon sont représentées dans le tableau 1.

entretien	Age (années)	Sexe ( M : masculin , F : féminin)	IMC	scolarisation	suivi par le médecin généraliste	suivi spécialisé nutrition	suivi diététique	suivi psychologique	activité extra scolaire
1	17	F	31,2	lycée	oui	Théraé	oui	oui	football
2	15	F	32,4	collège	oui	CSO	oui	oui	Danse ( hip hop)
3	13	F	27,4	collège	oui	Théraé	oui	oui	course à pied
4	14	F	34,4	collège	oui	CSO	non	oui	chasse/ équitation
5	15	M	33	collège	oui	non	non	non	rugby
6	14	M	32	collège	oui	CSO	oui	oui	non
7	16	M	36	lycée	oui	non	oui	non	rugby
8	17	M	30	lycée	oui	non	non	non	non

Tableau 1 : Caractéristique des adolescents interviewés

## A. Le vécu de l'adolescent en surpoids

L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence quatre types de profils psychologiques présentés par les adolescents. Chaque profil psychologique traduit une dominante émotionnelle de l'adolescent dans le vécu du surpoids. Ces profils peuvent coexister entre eux dans des proportions plus ou moins nuancées. A l'origine de ces profils réactionnels émergeait la notion de nouveau corps.

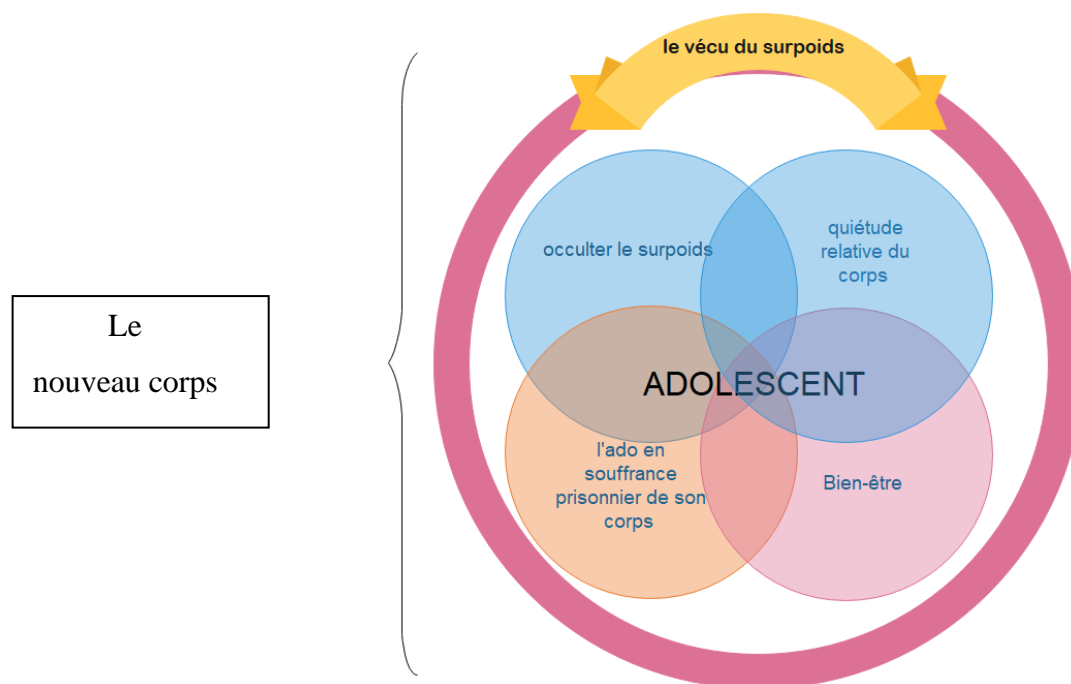


Figure 1 : Les profils psychologiques de l'adolescent dans le vécu du surpoids

### I. L'adolescent en souffrance, prisonnier de son corps

Ce profil psychologique réactionnel était défini comme une souffrance de l'adolescent emprisonné dans ce corps d'où il ne peut s'échapper.

#### **Un traumatisme qui conduit dans la prison du surpoids**

Les adolescents évoquaient un bouleversement ayant conduit à une prise de poids ultérieure. Ce bouleversement pouvait être lié à une histoire amoureuse. « *Et j'étais en dépression à cause d'une fille à la fin de l'été dernier, et du coup j'ai pris 25 ou 30 kg. J'avais perdu 15 et j'ai repris 30 quoi ...* » (E8). Il pouvait être lié à un décès. « *Ce qui m'a fait prendre du poids ? Bah... Par exemple bah... le décès de mon père...* » (E4).

## **La nourriture : une addiction liée à l'enfermement**

Les adolescents décrivaient une sorte d'état second lors de la prise alimentaire, comme une sensation de torpeur encoconnée dont le champ lexical pourrait être comparé à celui d'une prise de stupéfiant. « *J'aime ça manger, je pense à rien, pas de souci, ça m'aide aussi à oublier un peu tout ce qui me tracasse au quotidien* » (E8). En effet la nourriture pouvait être assimilée à une addiction, « *C'est un peu un mode de vie que j'applique depuis que je suis tout petit... de boire du coca tout ça ... bah c'est dur d'arrêter c'est comme la cigarette quoi.* » (E7) avec des phénomènes de craving, « *J'avais peur qu'il en reste pas assez machin et tout...* » (E2), et de sevrage. « *Quand j'étais toute seule à la maison je n'arrivais pas à me contrôler, à ne pas avoir de tentation.* » (E2), « *A table... dès que ça arrivait sur la table, je m'énervais,* » (E2).

En outre, elle permettait « *d'échapper à l'ennui* » (E6) et plus qu'une distraction, elle pouvait devenir une obsession envahissante. « *J'ai fait du somnambulisme, je mangeais la nuit, mais je ne me rendais pas compte que je mangeais la nuit* » (E2).

## **L'isolement**

A l'image de cette prison, les adolescents se plaignaient de la pauvreté de leurs interactions sociales avec un isolement majeur. « *Oui ça faisait déjà plusieurs fois que j'en avais discuté un peu avec maman, parce que genre heu... c'est dur à porter tout seul, sur ses épaules tout ça quoi.* » (E2), « *j'ai du mal quand même à vivre toute seule.* » (E4).

## **II. Occulter le surpoids**

Cette façon d'appréhender le surpoids était un moyen, pour les adolescents, de rendre leur quotidien plus facile à vivre.

### **Ma passion : Un monde sans la contrainte du poids**

Les adolescents développaient des stratégies, par le biais de loisirs, de passion, pour se créer une bulle dans laquelle la contrainte du poids n'existait pas. « *Je ne sais pas, mais quand je fais de la photo, je me sens dans mon monde, je me sens bien* » (E4). Ces passions à visées anxiolytiques permettaient aux adolescents d'oublier les tracas du quotidien et ce surpoids omniprésent. « *Oui j'ai fait du théâtre, et je voudrais le faire en option au lycée, quand je joue j'oublie complètement mon poids ça me fait grave du bien* » (E5).

### **Des préoccupations multiples**

Certains adolescents interrogés ne voyaient pas le poids comme le plus gros de leurs problèmes, celui-ci était donc relégué à un second plan et mis de côté. « *Moi le poids c'est pas un problème enfin c'est pas le plus gros de mes problèmes.* » (E8). Cette mise en hiérarchisation des préoccupations de l'adolescent était parfois tellement importante que le surpoids n'occupait plus de place dans la vie de l'adolescent. « *C'est pas que j'ai pas envie d'en parler mais j'y pense pas* » (E8).

### **III. Quiétude relative du corps**

Une forme de sérénité liée au corps semblait se dégager des propos rapportés par les adolescents mais celle-ci était toujours en demi-teinte.

#### **L'acceptation par dépit**

Afin d'éviter une lutte interne permanente, les adolescents préféraient se résoudre à accepter cette différence quitte à renier leur besoin véritable. Une façon plus simple pour eux de vivre dans le surpoids. « *Je m'accepte plus et ça veut pas dire que je me plais forcément, je m'accepte quoi, je m'en fous...* » (E8).

#### **La double négation signe d'un déni**

Certains des adolescents dans le déni, « *Genre heu... Je ne suis pas complexé par mon corps mais si je peux maigrir je dis pas non.* » (E8) manifestaient une ambivalence dans leur relation au surpoids au quotidien. « *Mais j'ai l'impression que j'ai deux corps dans mon corps, enfin pas un corps mais un esprit je sais pas... J'ai l'impression j'ai un côté qui est motivé beaucoup, qui veut vraiment maigrir et perdre du poids et j'ai un autre côté qui est flemmard qui veut manger, qui veut rien faire etc....* » (E5)

### **IV. Bien-être dans le surpoids**

Les adolescents dans un état de bien-être vis-à-vis du surpoids évoquaient plusieurs raisons.

#### **Un bien-être psychique pour un bien-être physique**

Le principal argument évoqué était l'adéquation entre le corps et l'esprit. « *Et pour moi l'image du corps d'un ado c'est important. Pour se sentir bien dans son corps faut déjà être bien dans sa tête en fait.* » (E5). Cet état de fait n'impliquait pas de motivation au changement, « *Bah la motivation j'en ai pas moi. Ça va dehors, ça va avec les filles, ça va partout. Tranquille ouais.* » (E8) « *Aujourd'hui ça va mieux, je me dis : je suis comme ça, je suis comme ça, si je peux changer tant mieux si je peux pas changer tant pis.* » (E8) et ne créait pas le besoin d'un échange verbal à ce sujet. « *J'ai jamais ressenti le besoin de parler de tout ça car ça ne me peine pas plus que ça.* » (E5)

#### **Désintérêt du regard social vis-à-vis du surpoids**

Par ailleurs, cette félicité entraînait un détachement complet du regard d'autrui avec une critique de l'image sociale de ce que doit être le corps. « *Le regard des autres je m'en fous... Je suis pas venu au monde pour plaire aux autres.* » (E8) « *Si ça plaît pas à quelqu'un... Je dis l'important c'est que je me plaise moi, pas de plaire aux autres.* » (E8).

## **V. Le nouveau corps**

### **Une métamorphose**

La fin de l'enfance marquait un tournant dans la vie de ces jeunes adolescents. En effet, ceux-ci décrivaient une situation de rupture entre « le corps enfant » d'hier et « le corps adolescent » (« *le corps s'est transformé* » (E5)).

### **Une curiosité nouvelle**

Cette métamorphose, était quant à elle, à l'origine d'un intérêt inexistant jusqu'à lors : la curiosité du corps. « *Bah avant, excusez-moi du terme je m'en fichais* » (E5).

Cette curiosité pouvait même devenir envahissante. « *Parce que en fait je me pèse tous les jours, c'est impossible pour moi de me peser une fois par semaine, parce que je suis trop curieux, surtout quand il s'agit de mon poids.* » (E5).

### **Un corps honteux**

Ce corps était considéré comme quelque chose qui les définissait, comme un sous-titre, à l'image du nom d'un tableau de Fernando Botero. « *Quand on se regarde dans le miroir on se voit comme si on avait d'écrit son poids sur son front en fait. Et c'est dur quoi... puis voilà* » (E2). Cette image du corps pouvait être rejetée, car source de souffrance et de honte du corps. « *Bah avant, excusez-moi du terme, je m'en fichais ! Mais heu... maintenant à chaque fois que je vais à la piscine ou quelque part, j'ai un peu honte de mon corps* » (E5).

## **B. Le discours du médecin : la perception du médecin par l'adolescent**

La collecte du matériau empirique ne nous permettait pas d'analyser le vécu du médecin au travers de la consultation avec l'adolescent en surpoids. Cependant, nous avons pu mettre en évidence la perception qu'avait l'adolescent du médecin au cours de cette consultation grâce au discours qui lui était transmis.

Il se dégageait trois différents types d'approches du Médecin et celles-ci encore une fois étaient imbriquées les unes dans les autres et présentes de façon plus ou moins nuancée d'un médecin à l'autre.

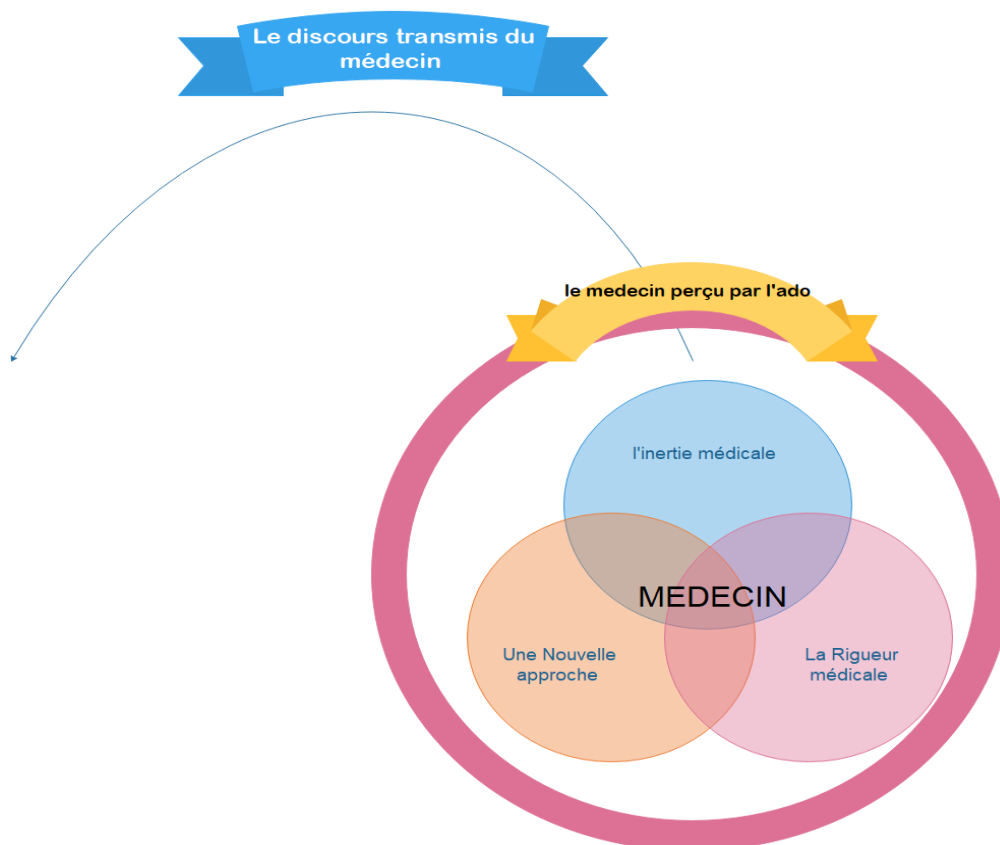


Figure 2 : Le discours du médecin : la perception du médecin par l'adolescent

## **I. L'inertie médicale**

Le médecin était confronté à de réelles difficultés lors de ses échanges avec les adolescents, « *il savait pas trop comment faire, mais genre il essayait de me réconforter en me disant c'est pas grave t'inquiète pas tu vas réussir machin mais heu...* » (E2), et celles-ci étaient liées à de multiples facteurs.

L'ensemble de ces facteurs conjugués créait une situation d'immobilisme et d'inertie qui était très décriée par les adolescents en pleine volonté de changement.

### **Un manque de temps**

La consultation médicale se devait d'être rapide et efficace tant pour l'adolescent que pour le médecin.

En effet, parler de son surpoids n'est pas chose aisée, et les adolescents optaient bien souvent pour un échange rapide et sans douleurs à l'image d'un vieux pansement qu'on décollerait d'un coup sec. « *Il me prend en consultation, voilà c'est fait hop.* » (E4). « *Non ça va super vite, moi j'ai l'impression que c'est long parce que je n'aime pas mais ça va vite.* » (E4).

Le médecin multitâche essayait tant bien que mal de traiter tous les sujets mais sans pouvoir l'approfondir de façon satisfaisante pour l'adolescent. « *Bah juste avant que je ne parte, quand on a rempli les papiers, elle a un peu parlé avec moi du surpoids...* » (E3)

### **L'ignorance du médecin**

Les adolescents préservaient « l'ignorance du médecin » de leur douleur liée au surpoids de peur que le médecin ne les comprenne pas. « *Il ne comprenait pas pourquoi je me sentais mal dans ma peau et tout ça... Du coup c'était dur d'en parler.* » (E3)

### **L'appréhension du médecin**

De plus, les adolescents expliquaient cette inertie par les réticences qu'avait le médecin à aborder ce sujet, soit par un manque d'assurance, « *J'sais pas... En fait déjà, il est un peu hésitant, au début surtout mais après, quand ça commence, après c'est bon.* » (E4) d'aisance, « *Heu... Je le sens pas à l'aise...* » (E4), ou soit tout simplement par peur d'être blessant « *En fait moi je sais pas comment je l'aurais pris alors... S'il m'en avait parlé directement...* » (E4)

### **La fatigabilité du médecin**

Devant les conseils répétés de leurs médecins, les adolescents étaient conscients d'avoir pu créer un épuisement de la relation entre les deux protagonistes. « *Je crois c'est flou dans ma tête, je pense qu'avant il me donnait des conseils que j'appliquais pas, et je pense au fil du temps il voyait que j'appliquais pas ses conseils donc heu... Donc il a décidé de ... de me laisser tranquille quoi.* » (E5)

### **Le mutisme du médecin**

L'initiative du dialogue était réservée au médecin selon certains adolescents, et le discours pouvait être retenu pour de multiples raisons par celui-ci. « *Heu bah... c'est plutôt moi qui lui en parle parce que lui...* » (E1), « *Non... ! Et puis mon médecin il m'a pas posé la question. Je pense il cherche pas à connaître les problèmes de la vie de certaines personnes.* » (E7)

## **II. La rigueur médicale**

L'image du médecin, selon les adolescents, pouvait être aussi celle d'un homme froid, mystérieux, ne laissant que peu de place à l'échange et avec un leitmotiv obsédant : les objectifs.

« *On n'a pas heu... C'est pas qu'on ne s'entend pas très bien, mais c'est cette façon d'être un peu strict, un peu enfermé que j'aime pas en fait.* » (E4)

### **L'obsédante diététique**

Un de ces objectifs stricts du médecin était les règles hygiéno-diététiques.

La prise en charge diététique se révélait dans nos entretiens en inadéquation complète avec le besoin de l'adolescent. Elle était tantôt trop stricte : « *Bah en fait j'étais allée voir la diététicienne, et on avait commencé, on va dire un régime, et sauf qu'au bout d'une semaine et*

*bah j'ai fait un malaise parce que les quantités elles étaient trop réduites d'un coup... et du coup j'ai fait à ma mère : « Non je veux plus ! » (E1), tantôt trop souple : « Je suis allé voir une nutritionniste, elle m'avait donné un régime qui était trop, trop... Enfin j'avais le droit à tout donc j'ai pas bien compris l'intérêt, c'est ce que je faisais déjà. » (E8), ce qui engendrait une incompréhension totale et donc un rejet de ces mesures. « J'ai lâché l'affaire et je me suis dit que ça servait à rien. » (E8)*

### **III. Une nouvelle approche**

Chez certains adolescents cependant, le médecin pouvait être une oreille neuve à cette problématique du surpoids, autre que les parents, la famille, les amis, ... « *Bah c'est de pouvoir en parler, ..., à une personne ... qui a un avis neutre sur la question* » (E1).

Les interlocuteurs habituels ne répondant pas aux besoins de l'adolescent, celui-ci pouvait obtenir des réponses à ses interrogations, une écoute, une empathie, tout cela sans jugement de valeur, preuve de l'intérêt que portait le médecin aux adolescents. « *Oui ça m'a fait du bien parce que je sais qu'il est conscient de ce qu'il m'arrive et qu'il a envie que je perde du poids. » (E7), « Là ça montre qu'il a des émotions qu'il comprend ce que je vis, c'est presque le plus important » (E7).*

Ce nouvel interlocuteur devenait en quelque sorte un confident privilégié. « *J'ai une bonne relation avec elle donc heu... donc je lui fais confiance ... et puis... non je lui dis tout, même des fois il y a des choses que je ne dis pas à ma mère et que je dis au médecin parce que, c'est pas que j'ai peur du jugement mais l'avis sera pas le même. » (E1).*

#### **C. La remise en question du discours devant l'échec**

Les objectifs non atteints conduisaient à une rupture dans la relation qu'ils entretenaient avec leur médecin : « *Investigateur : Pourquoi c'était bien d'aller voir quelqu'un d'autre que ton médecin finalement ? E : Parce que déjà, je savais que je n'avais pas réussi* » (E2). Les adolescents se mettaient alors à douter des conseils « *Et bah c'est la dernière fois où il m'a dit qu'il fallait que je fasse gaffe, bah c'était l'année dernière où j'avais pris 5 kilos, et ... il fallait que je fasse du sport, que je me dépense plus... Et c'est ce que je faisais déjà alors...* » (E4) voire même les oubliaient « *Il m'a peut-être dit d'autre chose que j'ai sûrement oublié* » (E5).

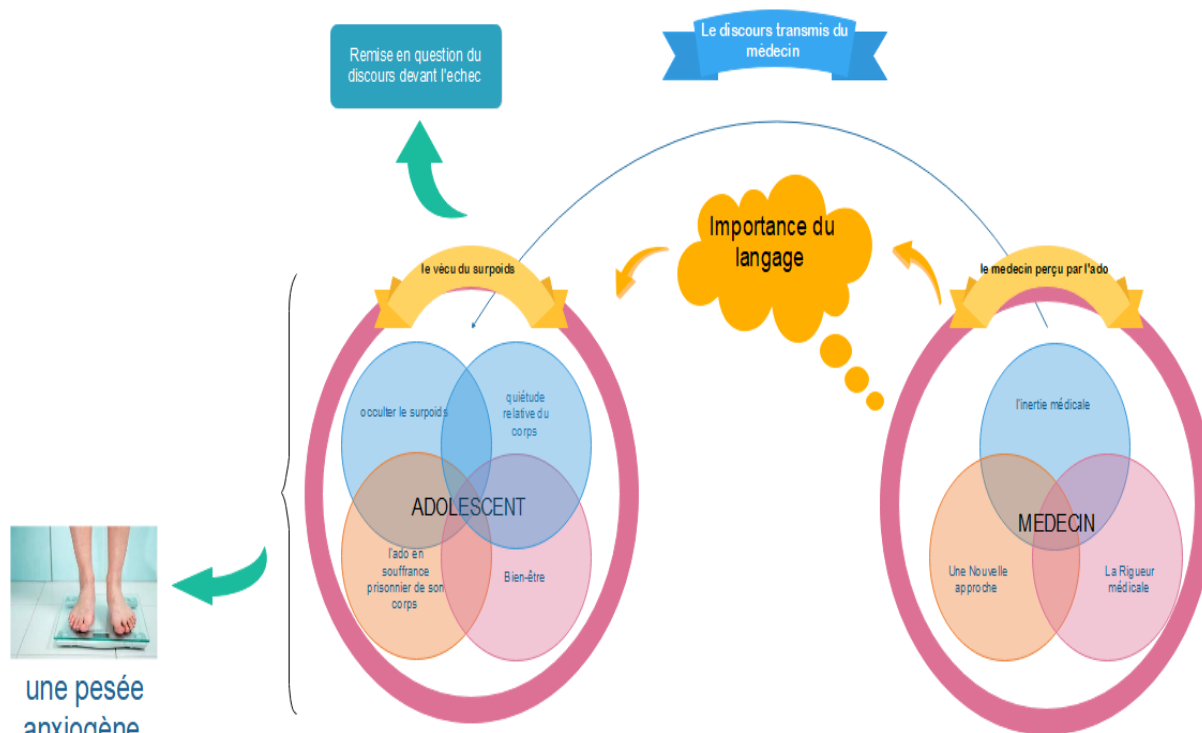


Figure 5 : La remise en question du discours, l'importance du langage et la pesée anxiogène

## D. L'importance du langage

### Des mots choisis qui répondent à des besoins

Il était important pour les adolescents que le médecin ne reprenne pas le langage utilisé par les harceleurs. « A part si par exemple on disait grosse ou des trucs comme ça... Grosse c'est un peu comme si c'était une insulte, ... 'fin... Alors que surpoids c'est moins une insulte. » (E3).

Les mots devaient être **délicats** « C'est comme si vous étiez chirurgien, le mieux c'est de la délicatesse, de pas se tromper etc. Si vous êtes brusque, la personne qui se fait opérer, elle sera en danger. Et bah c'est la même chose. Si je ne parle pas avec délicatesse, je risque de blesser intérieurement l'ado que j'ai en face de moi, de le complexer. » (E5), **et réconfortant en laissant apercevoir une évolution positive pour l'adolescent** « Mais mon médecin a été gentil parce qu'il essayait de me réconforter de me rassurer de me dire que les choses allaient s'arranger. » (E6), **sans pour autant minimiser la souffrance** qui découlait du surpoids « Bah il ne comprenait pas, il me demandait si j'allais bien, je lui disais : bah que ça allait ! A part que je me fermais. Et il fait : faut que tu voies, c'est le début, c'est rien de grave tout ça.... Il banalisait un peu la chose quoi... » (E3).

Les erreurs de communication que rapportaient les adolescents pouvaient être : **culpabiliser** « Bah que c'est de ma faute, que j'aurais dû faire gaffe tout ça... Que j'aurais dû prévoir ça avant. » (E4), **stigmatiser** « Il avait dit surpoids ! J'avais trouvé ça bien parce que tout le monde autour de moi disait « gros » là au moins j'avais l'impression de parler à quelqu'un qui comprenait ce que je vivais. » (E6), **blessé** « Après il a dit surpoids mais s'il avait dit « gros » ou « obèse » là ça m'aurait blessé quoi. » (E7), **comparer aux autres** « c'est peut-être pour ça que ça ne me vexe pas car il ne me compare pas aux autres gens » (E5).

## **E. La pesée anxiogène**

Il existait une ambivalence chez les adolescents entre la curiosité et le besoin de se peser régulièrement et la souffrance qu'engendrait cette pesée.

« Bah quelques fois, mais pas tout le temps parce qu'il voyait que ça me blessait aussi, 'fin... que ça me peinait, et puis du coup bah chaque fois que j'y allais bas je me pesais pas tout le temps parce qu'il savait que pour moi c'était dur genre... heu... de me peser. » (E2).

Il était nécessaire pour les adolescents de ne pas se sentir obligés de se peser mais plutôt qu'ils aient la possibilité de franchir cette étape selon leur volonté. « C'est déjà arriver le médecin il a dit « viens on va se peser », j'ai dit non je ne veux pas. Bah que ça, il ne nous force pas déjà... J'ai une copine, son médecin il l'a forcée à se peser et à assumer en face le poids qu'elle faisait alors qu'elle elle ne voulait pas quoi... » (E2)

## **F. Les freins au discours transmis par l'adolescent**

Les adolescents évoquaient un certain nombre d'éléments qui, selon eux, les empêchait de se livrer complètement à leur médecin.

### **I. Une crainte d'aborder le sujet**

#### **Un déshonneur parental**

La honte du regard porté par leurs parents sur la situation était un élément majeur relaté par les adolescents. Le regard social était bien souvent source de souffrance, mais lorsqu'il s'agissait d'un jugement de leurs proches, celui-ci devenait insoutenable. « Et bah c'est mon père il m'a dit : « Oh là là tu fais autant de poids !! » ... Machin, et ouais ça, ça m'a... ça m'a fait du mal quoi ! De savoir que, ouais même à la maison ils ont honte !! ... » (E2) Préserver l'ignorance parentale permettait aux adolescents de les mettre à l'abri de cette souffrance. « Je n'aimais pas me livrer parce qu'après, je savais qu'il savait ce que je ressentais. Et du coup bah je n'aimais pas. » (E2).

## Le poids de la performance

La notion de performance et de résultats attendus tant par le médecin que par l'entourage était vecteur d'angoisse et de stress. « Ça me stresse de voir si je grossis ou pas » (E6) « J'ai juste peur de ses critiques en fait, de ce qu'il va me dire. » (E4) « J'appréhende quand je vais le voir... parce que je vois bien que je stagne. » (E6)

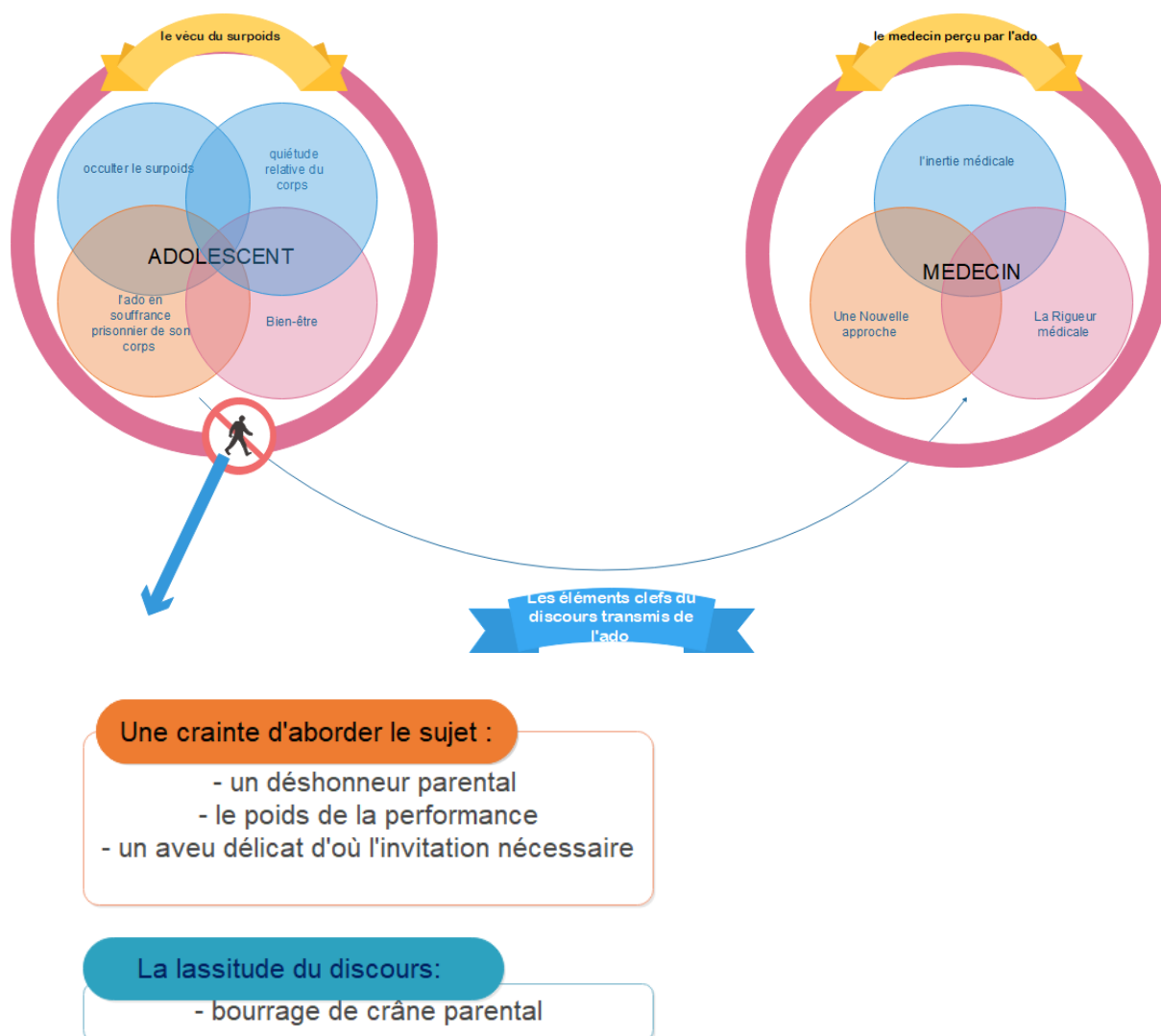


Figure 6 : Les freins au discours transmis par l'adolescent

### Un aveu délicat d'où l'invitation nécessaire

L'ensemble de ces éléments rendait compte de l'aveu délicat pour l'adolescent de se confier à leur médecin. « C'est pas un sujet que j'aime beaucoup aborder. Quand on en parle, je préfère éviter le sujet en fait. » (E5)

Certains expliquaient qu'ils invitaient leur médecin à en parler lorsqu'ils se sentaient prêts à aborder le sujet. « Je n'avais pas envie de me sentir obligée d'en parler. Elle ne voulait pas m'obliger si après ça me bloquait. Je n'aurais pas apprécié qu'on me force à en parler. » (E1)

## II. La lassitude du discours reçu

Les adolescents étaient las de recevoir des conseils identiques, de la part du médecin, des parents et de leurs autres interlocuteurs. Que ce soit des règles diététiques ou d'hygiène du sport, ceux-ci ne décrivaient pas de difficultés à les retenir au quotidien mais plutôt de les mettre en pratique. « *Je pense que je connais pas mal les règles alimentaires qu'il faut suivre, maintenant, c'est plus le fait de le mettre en pratique qui est dur.* » (E7)

### **Le bourrage de crâne parental**

La répétition des conseils parentaux était contre-productive puisque plus la pression parentale était importante plus l'absence d'adhésion était grande « *Mes parents, ils me rabâchent qu'il faut que j'arrête de fumer, que je me mette au sport, que je mange bien, et que je dorme plus tôt.* » (E8)

## G. Les éléments clefs du discours transmis de l'adolescent

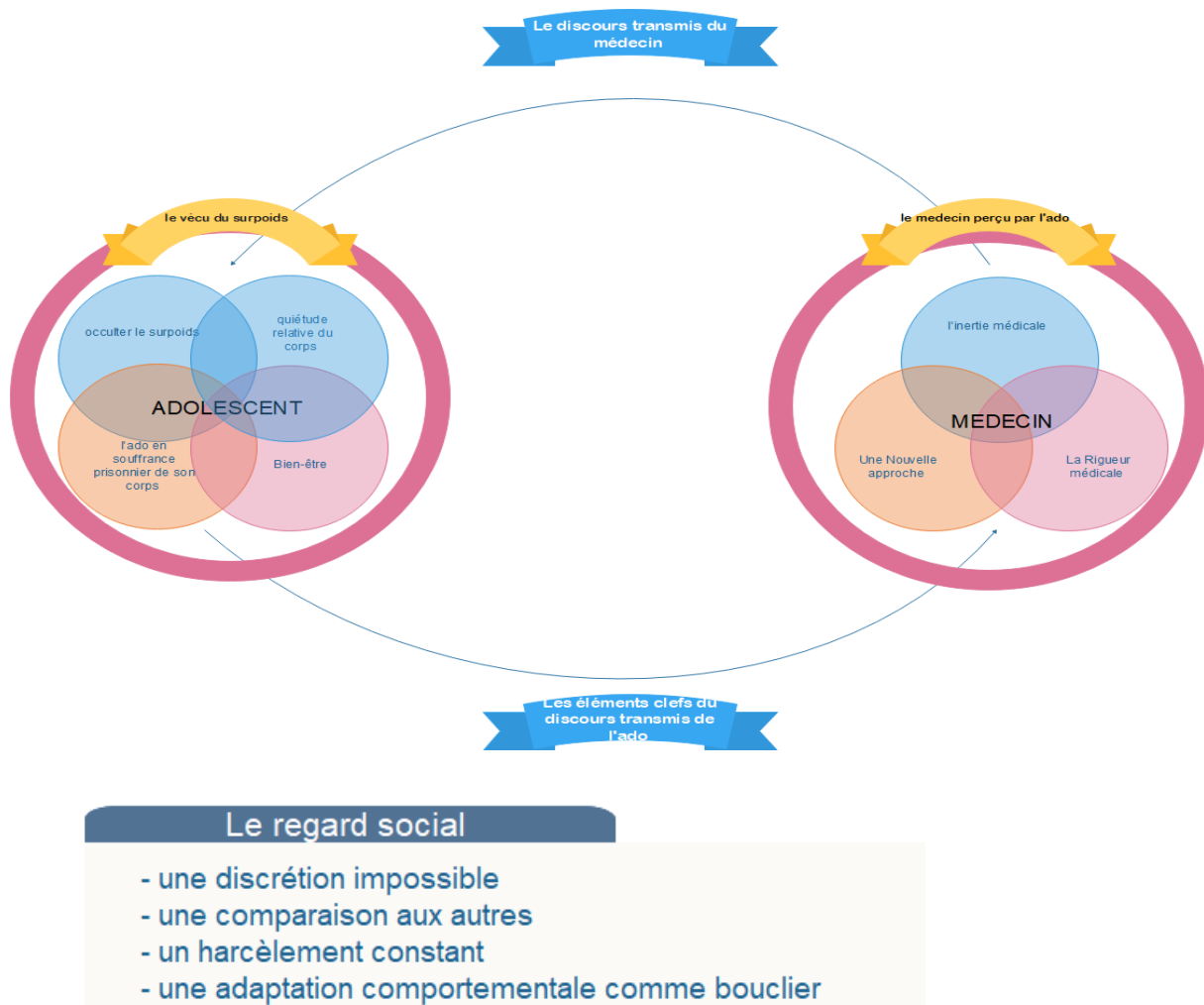


Figure 7 : Les éléments clefs du discours transmis de l'adolescent

## **I. Le regard social**

Le regard des autres pouvait être pour les adolescents une source de souffrance et d'un mal-être qui nécessitait, selon eux, d'être abordée de façon prioritaire avec leur médecin. Il pouvait même être le besoin fondamental de l'échange avec leur médecin au-delà de la simple problématique de surpoids. *« Et même si je suis déjà très bien, pour que je me sente un peu mieux quoi, qu'on arrête de se moquer de moi. » (E7)*

### **Une discrétion impossible**

Ce surpoids était omniprésent dans la vie des adolescents. Il n'était pas possible de se fondre dans la masse, de passer inaperçu, car l'image qu'ils projetaient aux autres leur était systématiquement renvoyée. *« Bah c'est chaud !! Surtout avec les autres, moi tout seul j'arrive à gérer, à oublier que je suis en surpoids mais dès que tu vois d'autres gens à l'école, au sport, on te montre du doigt, il y a beaucoup de moqueries » (E7).* Certains adoptaient des stratégies de camouflage dans le but encore une fois de ne pas être différents des autres. *« J'sais pas hum... Je suis pas très... J'sais pas. Je me sens pas bien, je suis obligée de prendre des trucs heu... quand je suis en cours je suis obligée de prendre que des trucs souples... que des trucs où on voit pas mes formes en fait... Je sais pas je suis très... J'aime pas le regard des autres en fait. » (E4)*

Que ce soit auprès de leur entourage ou de leur médecin, ils étaient obligés d'avouer, malgré eux, ce surpoids dont ils s'évertuaient à garder le secret. *« Enfin il a pas calculé mon IMC ou quelque chose comme ça mais il a vu visuellement. » (E5) « Ce serait terrible pour moi de dévoiler mon poids c'est quelque chose de secret, c'est quelque chose qui est au fond de moi-même. » (E5)*

### **Une comparaison aux autres**

L'image de ce que doit être le corps selon la société prenait elle aussi une place importante dans la vie des adolescents. Le dictat de la minceur *« D'accord je n'ai pas à le frapper, mais lui, qui me dise des injures alors que c'est pas non plus un mannequin. Il n'a rien à me reprocher et même si c'était un mannequin il n'aurait rien à me reprocher. Je suis comme je suis un point c'est tout quoi. » (E2)* était surtout rapporté par les adolescentes.

Les adolescents se comparaient à leur entourage proche et dans leur vie de tous les jours se sentaient eux-mêmes comparés aux autres. *« Je sais pas c'est un peu... je sais pas. C'est bizarre. J'ai l'impression que je ne suis pas comme les autres. Je me sens différent parce que les autres ils ont pas le même poids que moi. » (E5) « je sais que si les gens connaissent mon poids ils vont me comparer à d'autres. » (E5)*

### **Un harcèlement constant**

Tous les adolescents interrogés rapportaient un harcèlement constant *« Bah ça a commencé au primaire mais ça a continué au collège ... » (E7), « Bah je suis harcelée ! » (E4), « Bah, mal. C'est dur... les moqueries tout ça... » (E6). « Je lui parlais aussi plusieurs fois des*

*moqueries et tout... Et que bah ça me blessait machin, » (E2). Il pouvait prendre la forme de violences physiques « c'était... n'importe quoi, on a essayé de me tuer, on m'a poussé sur les rails du tram quand le tram arrivait, on m'a jeté des cailloux sur la tête, on m'a vidé mon sac on m'a... fait tout ça quoi » (E4), de violences psychologiques « Ah bah ouais... !! Quand j'étais en primaire, on me disait « espèce de gros », en plus on se moquait de moi avec ma tache de naissance ici, « ta mère elle t'a chié dessus ! » » (E7). Il était parfois laissé sous silence par l'adolescent, car il pouvait être douloureux à évoquer, il pouvait montrer l'inaptitude de l'adolescent à se débrouiller seul, ou encore, dans le but de protéger sa famille ou ses proches de la souffrance qu'il engendrait. « J'en parlais pas à des adultes à cette époque parce que c'était des petits et j'allais pas rapporter ce que des petits ils faisaient, c'est la honte. Je suis grand je suis censé me débrouiller tout seul. » (E7) « Bah ça me blessait, on n'en parlait pas trop, mais quand on en parlait ouais ça me blessait. » (E7)*

### **Une adaptation comportementale comme bouclier**

Face au harcèlement les adolescents adaptaient leur comportement dans le but de se protéger.

Certains préféraient **l'ignorance** « tu fais genre tu ne les vois pas mais bon... » (E4), dans le but d'éviter une escalade qui pourrait conduire à la violence « Je ne leur réponds pas en général parce que ça pourrait dégénérer. » (E6).

D'autres adoptaient un comportement **belliqueux**, une agressivité qu'ils expliquaient par la répétition du phénomène : « Je me sens plus agressif qu'avant avec ceux qui me moquent. Je m'énerve plus facilement quoi. » (E6) ou comme une façon d'intimider leur agresseur « Vu comment je suis grand et physique, c'est les autres qui ont peur de moi. » (E5)

Des adolescents quant à eux, afin de ne pas perdre complètement la face, **rentraient dans « le jeu de l'harceleur »**. « Je me moquais un peu d'eux mais je ne pouvais pas aller plus loin parce que sinon ça aurait pu me retomber dessus. » (E7) « ça fait rigoler tout le monde sauf moi quoi... enfin je fais semblant de rigoler devant les autres mais à l'intérieur ça me fait pas rire du tout... » (E7)

Afin de régler cette situation **le dialogue** pouvait devenir salvateur « Du coup je suis parti, on est parti, on s'est expliqué etc. Il m'a dit : « euh, euh... » et ça s'est plus repassé. » (E8), « on est allé voir ceux qui faisaient ça et c'est réglé. » (E6).

La solution de dernier recours pouvait être **la fuite ou l'évitement** « Je vais vite comme ça je peux repartir vite en fait. » (E4), « Bah..., je pouvais, 'fin... par exemple lui dire, heu.... Quand j'ai des complexes, par exemple au collège en 6ème, je faisais piscine, je pouvais lui parler que j'avais des complexes, des fois il me faisait des dispenses... » (E3)

## **H. Le déclic initiateur du changement**

Le déclic pouvait être défini comme l'élément déclencheur, qui incitait l'adolescent à rentrer dans un processus dynamique d'échanges avec son médecin, « du coup un jour j'ai décidé d'en parler et heu...même ma mère qui était avec moi était pas au courant et heu... ouais,

*je me sentais mieux après. » (E1) pour aboutir au chemin de la perte de poids. Ce déclic pouvait être lié à différentes raisons suivant les adolescents :*

### **Lié au regard des autres**

Le regard social, avec notamment le harcèlement et la situation de souffrance psychologique qu'il induisait, pouvait être un élément déclencheur chez ces adolescents. *« Heu... les remarques des gens autour, même de la famille, ils se rendent pas compte quoi... qu'ils font du mal en disant ça... et du coup c'est tout ça machin et après je me suis dit faut que je me lance et j'y suis allé. » (E2),*

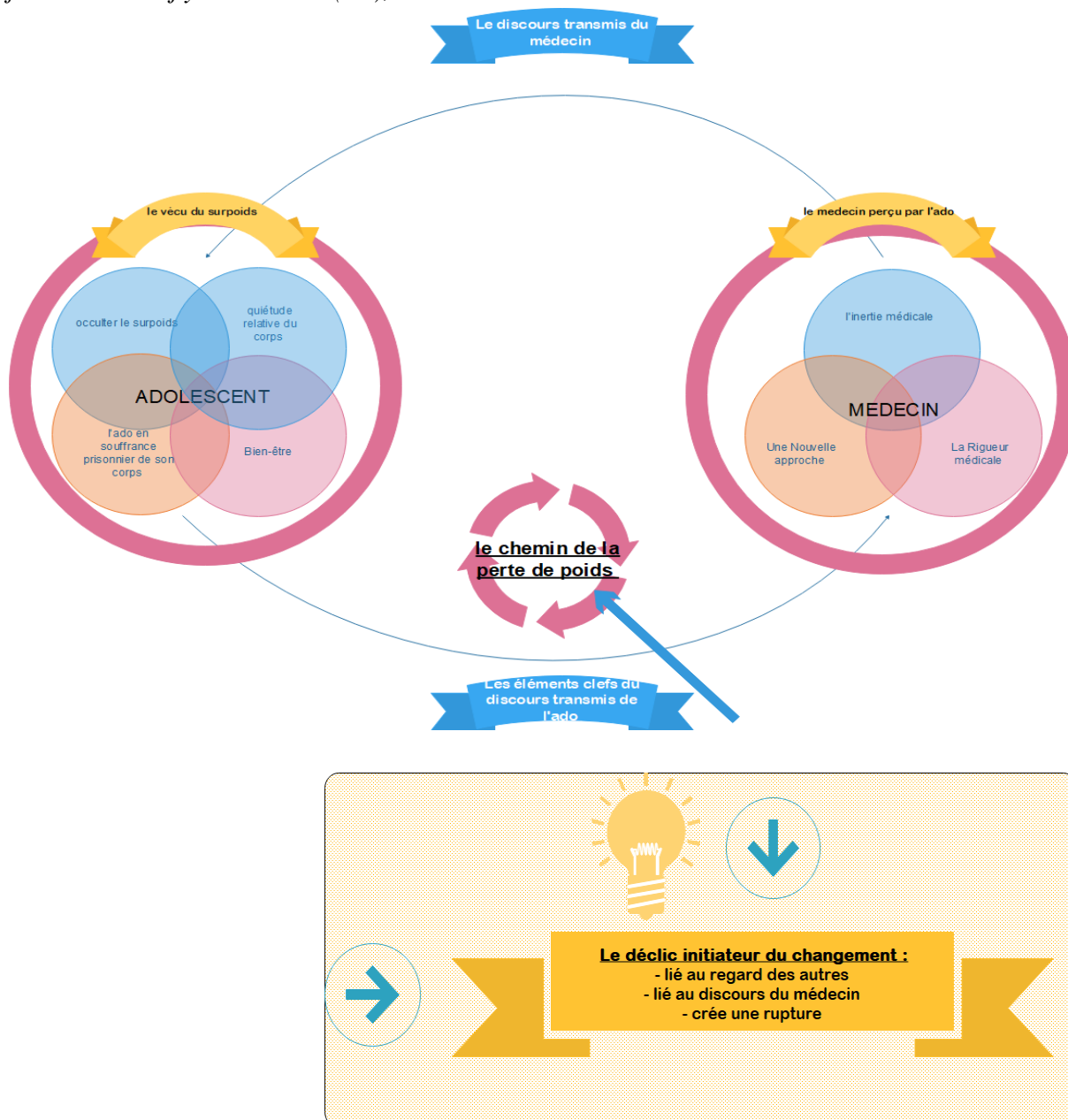


Figure 8 : Le déclic initiateur du changement

## **Lié au discours du médecin**

Le fait que le médecin initie l'échange avec l'adolescent sur la problématique du surpoids pouvait là encore provoquer un déclic chez l'adolescent. Les adolescents se rendaient compte de la situation déplaisante dans laquelle ils étaient, et il se créait une volonté de sortir de cette situation en réalimentant et stimulant cet échange. « *Parce que j'ai eu des problèmes de cheville aussi, et après quand je lui en avais parlé, il m'avait dit que ça pouvait venir du poids en fait ... J'ai dit oui je sais, mais je lui ai dit j'arrive pas à perdre quoi.* » (E2)

## **Le déclic : une situation de rupture**

Encore une fois, cette rupture pouvait être de nature différente d'un individu à l'autre. Elle se définissait chez l'adolescent comme un mal-être qui induisait une volonté de changement et pouvait conduire au chemin de la perte de poids. « *Bah en fait heu... ça faisait longtemps que je prenais du poids et tout, et bah, j'en ai eu marre et voilà...* » (E2) « *ça remonte à un an, c'est là que je me sentais ..., enfin ça faisait un petit moment que j'étais vraiment très très... mal. Et heu... mais c'est vraiment l'année dernière que je lui ai dit... faut qu'on fasse quelque chose.* » (E1) « *Mais après, j'ai vraiment réagi en fait quand j'ai vu que je dépassais les 90 kg, j'ai dit faut que j'arrête, faut que je stoppe.* » (E2)

## **I. Le chemin de la perte de poids**

Les adolescents décrivaient ce chemin comme tortueux et un certain nombre d'éléments étaient nécessaire pour pouvoir l'arpenter.

Ils devaient **essayer** « *J'essaye de me faire des petits plats.* » (E5), **faire des progrès** « *je fais des progrès et voilà.* » (E6), et être acteur de leur démarche de soins. Ils tiraient bénéfice de **leurs expériences** « *je fais mes petits calculs, je vois ce qui marche dans mon alimentation, et quand ça marche, et bah j'essaye de faire la même chose le lendemain* » (E5), et de **celles de leurs modèles** « *elle a commencé Weight Watchers et j'ai vu que ça a marché, bah ça m'a donné envie de commencer, du coup bah c'est ce que j'ai fait.* » (E2).

La présence de **résultats visibles** était d'une importance capitale pour garder une motivation au changement « *c'est bizarre en fait, de faire des efforts pour qu'au final, ça ne marche pas. C'est super vexant, 'fin... c'est décourageant de faire plein de choses et les démarches mais qu'au final ça ne marche pas alors qu'on se donne du mal à faire ça.* » (E2).

## **L'échange**

Pour pouvoir progresser dans ce processus de perte de poids, les adolescents insistaient sur la nécessité d'échanger avec leur médecin, notamment au sujet de la souffrance psychologique qui découlait du surpoids. « *J'avais surtout besoin de quelqu'un à qui parler de ma tristesse, de mon mal-être, les conseils pour perdre du poids je m'en fichais à ce moment-là en fait.* » (E6) « *Par exemple, aujourd'hui on en parle, au départ j'étais pas trop pour, mais en fait un moment ou un autre il faut bien que j'en parle.* » (E5). Pour eux, ce qui était primordial, c'était « *De l'écoute !! Et déjà, je ne sais pas, ça faisait..., je sais pas, j'ai l'impression d'être*

*écoutée, quoi voilà. Je sais pas, 'fin on a un peu parlé de tout mais je sais pas j'étais plus à l'aise. » (E4), « lui il m'avait surtout écouté, » (E6) et que quelqu'un « essaye de comprendre nos problèmes, qu'il t'aide tout simplement. » (E4).*

### **La volonté**

La vertu essentielle, était selon eux, la volonté indispensable pour maintenir ce processus dynamique de perte de poids. *« Moi je dis non, je veux pas manger ça... » (E5) « après vous savez, je suis flemmard, si j'avais voulu perdre du poids je l'aurais déjà fait. » (E8)* Cette volonté était entretenue grâce à la motivation apportée par le médecin et les proches.

*« Investigateur : Qu'est-ce qu'un médecin traitant pourrait t'apporter de plus selon toi ? MA : La motivation ! » (E5), « En fait, il m'a apporté une espèce de ... d'envie d'y arriver. » (E2)*

### **Le soutien**

Les adolescents évoquaient un soutien qui pouvait prendre différentes formes. Ce pouvait être important pour eux *« de donner des conseils, le but c'est d'obtenir de la motivation parce que je sais que moi, c'est ce qu'il me manque des fois de pas être assez motivé. » (E5), d'obtenir des réponses à leurs interrogations « moi je voulais en savoir plus si je pouvais prendre des médicaments pour perdre du poids tout ça. » (E4).*

Ils devaient être accompagnés *« j'avais besoin d'être avec quelqu'un, » (E4), réconfortés « J'étais en pleurs, il a essayé de me réconforter » (E2), encouragés « Et bah du coup, elle m'a fait des encouragements » (E3), que quelqu'un leur montre la voie « Ils essaient de me mettre dans le droit chemin, » (E5).*

Ce soutien leur redonnait confiance en eux. *« Elle me soutenait, bah... par exemple, le jour suivant j'étais mieux, je me sentais un petit peu mieux, ..., pas mieux parce que bah..., j'avais toujours ce surpoids, je voyais toujours les gens qui me regardaient, qui se moquaient et tout ça, ... mais ça m'apportait un peu plus de confiance en moi. » (E3)*

### **La vigilance et ses failles**

Les adolescents critiquaient le fait d'être vigilants. *« C'est vrai qu'au début, j'ai commencé à faire attention, mais ça m'a vite saoulé ... entre guillemets » (E2)* Ce conseil prodigué était difficile à mettre en pratique. Il imposait de ne pas succomber à leurs pulsions déraisonnables, cependant, ce n'était pas la raison qui les poussait dans leurs actions. *« Il essaye de me mettre sur la voie de la raison et moi... voilà j'ai du mal. » (E5)*

Ils utilisaient des stratégies comme l'évitement. *« Il faut éviter tout ce qui est gras, tout ce qui est sucré, tout ce qui est salé, il faut manger équilibré mais après je suis pas bien placé pour dire ça » (E5).*

Cela se révélait être impossible sur le long terme *« mais je fais gaffe tout le temps je n'ai jamais eu des ..., j'ai toujours fait gaffe. Et bah c'est chiant en fait... A force... » (E4) « J'ai du mal à me mettre dans le bain, enfin si j'arrive, mais je finis pas, je commence je finis pas. » (E5)*

## **Discussion :**

Les adolescents réagissaient différemment en consultation, lorsque leur médecin abordait la problématique de ce « nouveau corps ». L'élément récurrent de ces entretiens était la souffrance qu'engendrait le surpoids. L'expression de cette souffrance variait d'un individu à l'autre.

L'échange avec le médecin par rapport à cette souffrance, et notamment celle du regard social, était un élément primordial pour eux, à condition que le médecin réponde à certaines exigences.

Les adolescents pouvaient se détacher de la prise en charge médicale du surpoids à cause de l'attitude qu'ils percevaient de leur médecin qui n'était, selon eux, pas adaptée à leur problématique.

### **A. A propos de la méthode**

L'analyse du vécu et du ressenti des adolescents, au travers de la consultation par leur médecin généraliste au sujet du surpoids, est un objet de recherche très peu étudié. Paradoxalement, cette analyse paraît très importante afin de mieux comprendre, et par conséquent, mieux prendre en charge l'approche psychologique de ces adolescents.

La méthode qualitative par entretien semi-dirigé est la plus à même d'explorer ces données subjectives et non mesurables. Elle permet aux adolescents de s'exprimer librement sur le sujet, grâce à des questions ouvertes posées par l'investigateur, et les réponses recueillies constituent le matériau empirique, fondation de l'analyse.

L'échantillon était recruté « en variation maximale » afin d'obtenir le plus grand nombre de points de vue différents.

Les entretiens ont été menés dans le cabinet médical de leur médecin ou à leur domicile, afin d'instaurer un climat de confiance propice à l'échange.

Un guide d'entretien a été rédigé à la suite des observations issues de la littérature existante. L'analyse et le recueil des données ont été continus avec une modification progressive du guide d'entretien pour favoriser l'exhaustivité des réponses.

L'investigateur était novice dans la conduite d'entretiens semi-dirigés. Il existe un biais d'information lié à son inexpérience qui a pu gêner ou influencer les réponses des premiers adolescents interviewés. Néanmoins, la retranscription des verbatims a été faite rapidement après les entretiens et réalisée intégralement grâce aux enregistrements audio, sans interprétation, ce qui a permis de limiter un biais de mémorisation.

Lors du recrutement des adolescents, un biais de sélection lié au volontariat à participer à cette étude a pu omettre des résultats. Cependant, il a permis d'obtenir un verbatim enrichi par des adolescents impliqués par le discours transmis du corps médical au sujet du surpoids.

## **B. Discussion des résultats :**

Le vécu du surpoids de l'adolescent et son ressenti, lors de l'abord de ce sujet en consultation de médecine générale

### **I. Le nouveau corps de l'adolescent : un prérequis à avoir en tête**

De notre étude émergent différents profils psychologiques réactionnels sur le vécu et le ressenti du surpoids avec, à leur origine, le concept de nouveau corps.

Les adolescents interrogés décrivent une métamorphose de leur corps qu'ils ne reconnaissaient plus. En effet, comme le montrent les études, pour tout adolescent, la puberté entraîne une métamorphose. Le jeune doit pouvoir investir un corps en changement et le reconnaître comme sien. (7) Si le corps d'enfance est familier, connu, le corps adolescent crée une rupture, une surprise. La mue de la voix du garçon constitue, de ce point de vue, un bel exemple du changement identitaire (l'adolescent ayant mué peut être pris pour un autre) qui se produit assez brutalement sans que l'adolescent n'y puisse rien, l'obligeant à des remaniements psychiques importants. (8) La transition entre l'enfance et l'adolescence marque un certain rejet des identifications antérieures dans un processus de séparation-individualisation (9) notamment celles des figures parentales. L'adolescent se met en quête d'individus avec une expérience vécue similaire à la leur, un soutien, en vue d'être intégré à un groupe de pairs et d'une conquête progressive de l'autonomie. (10)

Cette métamorphose que l'on retrouve chez l'adolescent suscite un phénomène ambivalent : la curiosité du corps liée à l'identité corporelle et la honte de son propre corps liée à la dissociation entre le corps perçu et le corps souhaité.

Cette nouvelle identité crée chez l'adolescent une curiosité vis-à-vis du corps, un surinvestissement narcissique avec l'intérêt conjoint que portent les autres sur son propre corps. (11). Comme le montre une revue, tirée du bulletin de psychologie étudiant l'image corporelle et l'estime de soi auprès de lycéens français, cette attention toute particulière, portée à la question du poids, prioritairement chez les filles (12), trouve son origine dans la diffusion massive d'une norme corporelle féminine marquée par la minceur. Leur insatisfaction corporelle est directement associée à la comparaison entre leur corps perçu et le corps idéal véhiculé par les médias. (13)

C'est ce bouleversement identitaire, et comment celui-ci est vécu et ressenti, qui doit devenir le maître-mot de la prise en charge du surpoids de l'adolescent. Questionner l'adolescent sur les sentiments qu'il éprouve dans ce nouveau corps permettra d'aiguiller la future prise en charge du médecin généraliste.

## **II. Explorer la souffrance de l'adolescent dans son surpoids : un outil d'aide à la prise en charge**

D'après les études, la souffrance psychique et relationnelle de l'adolescent en surpoids et obèse est liée à une triade (14) associant baisse de l'estime du corps, de l'estime de soi et de la qualité de vie.

Il est également décrit que le fondement de la prise pondérale est lié à un stress chronique associé à de multiples facteurs psychosociaux (15)(intimidation, négligences, milieu de vie sans cohérence...). Notre étude met le doigt sur la notion de traumatisme comme fondation du surpoids. En effet, même si l'ensemble de ces facteurs renvoie à des événements traumatisants, la notion de traumatisme unique (deuil, séparation parentale, maltraitance...) explique également cette prise pondérale. Ce traumatisme nécessite d'être exploré par le médecin traitant afin que l'adolescent et lui-même puissent en prendre conscience. Il sera plus simple et plus efficace dans la prise en charge du médecin de traiter la cause avant les conséquences.

Au-delà du traumatisme enfoui de l'adolescent, nos résultats révèlent qu'il est indispensable pour le médecin généraliste d'interroger l'adolescent sur son ressenti quant à son surpoids et la souffrance qu'il engendre. Celle-ci peut varier d'un individu à l'autre à différents niveaux : un plus faible (schématiquement « le bien-être »), des niveaux intermédiaires (« occulter le surpoids » : situation où l'adolescent est dans le déni de cette souffrance et « quiétude relative du corps » : situation où l'adolescent considère cette souffrance comme acceptable) et un plus fort (adolescent prisonnier de sa souffrance corporelle). Il semble évident que la mesure de cette souffrance soit une priorité pour le praticien s'il souhaite proposer une prise en charge basée sur la perte ou le maintien du poids. (12) En effet, un adolescent en pleine détresse psychique n'aura probablement pas pour préoccupation principale la perte de poids mais bien celle de traiter la cause de son tourment. Un jeune en état de « bien-être » dans son corps sera sans doute plus à même d'entendre les propositions de son médecin quant à une perte pondérale, mais demeure la question de la motivation.

Notre travail est en adéquation avec celui de Catherine ONZON (16). Elle décrit le vécu de l'adolescent en faisant une liste exhaustive des comportements à valoriser et renforcer (bien-être), des attitudes négatives à dépister et atténuer (adolescent en souffrance prisonnier de son corps), du réalisme pragmatique (quiétude relative du corps) et de la défense (occulter le surpoids) qui pourraient correspondre à nos profils identifiés.

Une analogie peut alors être faite avec les stades de motivation de Prochaska des adolescents (10).

Le but de cette schématisation est de permettre au médecin, d'identifier plus clairement le degré d'urgence et de souffrance ressentie par l'adolescent afin qu'il s'y concentre de façon prioritaire. Il est alors plus facile pour le médecin, à l'image du suivi addictologique, d'identifier le stade de motivation de l'adolescent, ses besoins, ses attentes, et l'approche psychologique à adopter au-delà d'une simple liste de comportement à valoriser ou atténuer.

On retrouve cette analogie avec l'addictologie dans les troubles du comportement alimentaire comme le « Binge eating disorder », et dans la recherche de nourriture en réponse à des affects négatifs (tristesse, ennui, agitation, etc.). (17)

Comme le montre notre étude et les données de la littérature (16) (18), « le déclic initiateur du changement » peut être comparé à « l'action » dans le cercle de Prochaska. Il renvoie à une volonté, un changement engagé, vers des modifications du style de vie. Il doit être recherché, soutenu et encouragé pendant la consultation. Celui-ci varie d'un individu à l'autre et peut avoir pour origine la stigmatisation sociale. Cette stigmatisation secondaire à l'obésité favorise la dévalorisation de soi et l'isolement social, entraînant ou majorant les compensations alimentaires et la sédentarité qui accroissent la surcharge pondérale.

### **III. Le regard social : première source de souffrance dans l'échange**

La stigmatisation liée au surpoids est en constante augmentation (19) et c'est également la principale source de souffrance psychologique chez l'adolescent en surpoids. (3)

La prise de conscience du surpoids de l'adolescent survient le plus souvent lorsque l'adolescent est victime du regard social, de brimades des pairs, avec des conséquences importantes sur l'estime de soi et l'image corporelle, la scolarité et les interactions sociales.(18) (20)

L'influence des pairs fait découvrir l'amour, l'amitié, le regroupement en bande. C'est le temps du choix des premiers confidents, l'expérience de la confiance, de la trahison et du groupe d'appartenance. (21) L'éloignement du cocon parental s'accompagne d'un surinvestissement du groupe de pairs, particulièrement important vers 13-15 ans. C'est dans ce contexte d'appartenance à un groupe que surviennent les forçages aux consommations (alcool, tabac, autre...) et les harcèlements physiques ou psychiques. Le groupe s'identifie au membre le plus hors norme ou le plus extrême dans ses comportements. On comprend que le mécanisme de stigmatisation et de harcèlement constant des adolescents en surpoids et obèse, par un groupe et un meneur, soient inévitables dans ce contexte de discrétion impossible. Le risque est l'apparition de véritables cercles vicieux secondaires : la stigmatisation secondaire à l'obésité favorise la dévalorisation de soi et l'isolement social, entraînant ou majorant les compensations alimentaires et la sédentarité qui accroissent la surcharge pondérale. (17)

Pour le médecin, aborder le surpoids de l'adolescent doit donc passer prioritairement par l'analyse de la souffrance psychologique de l'adolescent et notamment celle liée à l'impact du regard social. Parler de son environnement, et pas seulement scolaire, permet de pointer du doigt l'ensemble des interactions néfastes pour lui.

Un élément peu décrit dans la littérature et que nos résultats mettent en évidence est l'adaptation comportementale (belligérance ou ignorance) de l'adolescent en souffrance face à ce regard social. Ce changement comportemental peut donc être défini comme un marqueur précoce de dépistage, par les parents ou le médecin, de souffrance psychologique de l'adolescent.

#### **IV. Les grands enjeux de l'échange adolescent-médecin**

L'inertie médicale et les composantes que nous lui avons attribuées (manque de temps, ignorance et appréhension du médecin, sa fatigabilité et son mutisme) coïncident avec l'étude de Abadie Barbara et Denante Elise (22) et peuvent être mises en parallèle aux attentes des adolescents de leur médecin généraliste. Il s'avère que les adolescents se montrent particulièrement exigeants.

Un des principaux résultats de cette étude réside dans l'importance de la connexion émotionnelle que le médecin doit savoir établir dans sa communication avec le jeune. L'importance de la « connexion émotionnelle » médecin-adolescent est le fondement même du succès de la prise en charge de ces jeunes, d'où l'intérêt d'évaluer systématiquement la souffrance de l'adolescent afin d'éviter un déséquilibre dans l'approche du médecin.

Nos résultats montrent qu'une rupture dans la relation se créait également lorsque les adolescents étaient mis dans une situation d'échec face aux propositions de leur médecin. Les études rejoignent ces résultats et expliquent ces ruptures dans la relation de soin, par une contradiction entre les attentes des adolescents et les réponses apportées par les médecins. (23)

Cet échec en miroir, du médecin qui n'a pas su trouver la solution et de l'adolescent qui n'a pas su mettre en pratique les conseils donnés, donnait aux médecins une image « paresseuse » des adolescents en surpoids, majorant le cercle vicieux de la rupture. (24)

Il est donc important pour le médecin de ne pas mettre l'adolescent dans une situation à grand risque d'échec avec des objectifs stricts jugés inatteignables par l'adolescent, d'autant plus, si lui-même n'a pas validé ces objectifs comme essentiels. Privilégier la position de l'adolescent comme acteur de la prise en charge et non spectateur par un processus de soin imposé est primordial. Le but est de conserver cette relation privilégiée et que l'adolescent ne perçoive pas ces propositions comme une incompréhension de la part du médecin.

La notion de médecin compétent est essentielle pour eux. Ils sont attentifs aux signes pouvant laisser suggérer que le médecin maîtrise ou non son sujet. Tout comme est essentielle la notion de médecin engagé qui traduit l'investissement du médecin à leur égard. Enfin le fait que le médecin prenne son temps est important pour la grande majorité d'entre eux.

Avec ce premier pas du questionnement de la souffrance de l'adolescent, le médecin fait déjà preuve d'engagement auprès de l'adolescent. Il ne cherche pas simplement à donner une solution, un « remède », un « diagnostic » (ce que l'on attend habituellement d'un médecin) mais à connaître le besoin réel de l'adolescent qui se cache au travers de « je suis en surpoids, j'aimerais changer », le Pourquoi...

Par ce questionnement il informe implicitement l'adolescent qu'il est prêt à prendre du temps pour lui.

Afin de construire cette relation de confiance où le médecin peut être décrit comme facilitateur de la prise en charge jusque-là chaotique (22), nos résultats et les études montrent qu'il est nécessaire pour le médecin de réaffirmer à l'adolescent la garantie du secret médical (25) (22) afin de libérer l'échange.

L'appréhension du médecin, la fatigabilité et le mutisme pourraient trouver une explication au travers de « Faut-il ouvrir un nouvel espace à la relation médecin généraliste-adolescent ? Une étude qualitative en miroir » (22) qui porte sur la relation, trop superficielle, médecin-adolescent. Ceux-ci pourraient être dus à une inhibition des médecins eux-mêmes, persuadés d'être intrusifs et inopportuns face à un public réfractaire au dialogue.

D'autres études, ayant pour but d'explorer les représentations et attitudes des médecins généralistes face au surpoids de leurs patients, montrent que les médecins se sentent concernés par ce sujet, mais restent sceptiques sur leurs efficacités thérapeutiques et finissent par abandonner cette lutte solitaire face à un problème de société. (26)

Notre étude réaffirme l'importance du langage utilisé par le médecin pour parler du poids à l'adolescent. L'exigence et le besoin de l'adolescent passent par des mots simples et sans détour, (27) (28) en prenant garde de ne pas agresser l'interlocuteur, des mots choisis qui répondent à un besoin en évitant les termes d'« obésité », de « surcharge pondérale », de « gros » et en préférant des formules comme « excès de poids » qui respectent la sensibilité des jeunes. (23) Le « poids des mots » est susceptible d'avoir, sur l'adolescent et son entourage familial (29), un impact fort voire un choc, un traumatisme (30).

Les adolescents critiquent la rigueur médicale, cette obsession du corps médical envers les règles hygiéno-diététiques. En effet, les études montrent (31) (6) (32) que les médecins passent beaucoup de temps à distribuer « la bonne parole alimentaire ». Cependant, le temps passé par les médecins à « évangéliser » les adolescents en surpoids n'est pas payant en termes de résultats d'IMC. (1) (16) Nous pouvons expliquer cette absence de résultat par le fait que beaucoup d'adolescents ont déjà une bonne connaissance des messages sanitaires d'équilibre alimentaire et que ce n'est pas en cela que réside le problème. (33)

Encore une fois, en se concentrant sur les messages forts à transmettre, le médecin peut en oublier le besoin réel de l'adolescent en face de lui. Les règles d'hygiène alimentaire ne doivent être évoquées que si elles sont à la base d'un besoin d'explication du jeune, au risque de perdre la connexion émotionnelle avec l'adolescent.

La pesée devenue anxiogène est l'exemple parfait de cette rigueur médicale. Le surpoids et l'obésité sont définis par l'OMS comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle pouvant nuire à la santé dont la mesure objective se fait par le biais de l'IMC. (34) Il est calculé grâce à la mesure du poids et de la taille de l'adolescent. Il est donc recommandé pour les médecins de peser systématiquement leurs patients en vue de dépister un éventuel surpoids ou obésité. (35)

Nos résultats montrent que cette pesée pouvait être perçue comme une stimulation positive chez certains adolescents et paradoxalement anxiogène chez d'autres. Ces résultats s'expliquent par un conditionnement chez certains patients lié aux habitudes de leurs médecins. Les patients montent sur la balance sans que ce médecin leur demande, par habitude, et réclament la pesée en cas d'oubli du médecin. A contrario, cette pesée parfois perçue comme directive et mal vécue si inhabituelle peut devenir source de stigmatisation. Les adolescents et des personnes en surpoids refusent d'aller sur la balance, par honte du résultat. (32)

Cette attitude de « pesée systématique » peut être interprétée comme une manière pour le médecin de « désacraliser » la pesée, de lui donner un côté habituel. (28) Il peut être intéressant également de ne pas imposer cette pesée, mais plutôt de la proposer comme une « main tendue » faite à l'adolescent d'aborder son surpoids.

Un axe d'amélioration qui peut être proposé pour la prise en charge psychologique de ces adolescents (7) est une relation particulière basée sur la recherche de la connaissance mutuelle et sur un dialogue chaleureux, voire semi-affectif, tout en réaffirmant le caractère intime et privé de la consultation régie par le secret médical. Cette remise en question de la distance habituelle qui régit les rapports médecin-patient peut être déstabilisante pour le professionnel et nécessiter un nouvel apprentissage.

On pourra aisément comprendre qu'une telle relation ne peut se construire que sur une volonté commune. L'implication de l'adolescent est donc essentielle dans le choix de son médecin confident qui ne doit pas lui être imposé comme ce peut être le cas pour le médecin de famille (27) par les parents. Une difficulté particulière pour les médecins est liée aux adolescents suivis depuis l'enfance. Philippe BINDER fait bien cette distinction de prise en charge « *Devenir confident d'adolescents nécessite un temps d'apprivoisement. Avec un adolescent accompagné dans l'enfance, notre image est pour lui liée au monde qu'il veut quitter. Pour être maintenu, nous devons faire évoluer la relation en étapes significatives plus adultes* (36). » Avec un nouveau patient, le positionnement du médecin est à formuler dès le contact initial car les premières impressions des adolescents sont déterminantes sur leur représentation. (37)

## **V. L'implication parentale**

Les adolescents, plus sensibilisés au regard des autres, sont aussi touchés par le regard que portent leurs parents sur le surpoids et le jugement qui lui incombe. (38) On comprend facilement que ce jugement soit plus difficile à supporter quand il provient d'un proche, d'où le mutisme du jeune. (15) (16)

L'intérêt se porte sur une consultation privilégiée avec l'adolescent en dehors du cadre parental de la façon proposée par Ph. BINDER(36) ou sous couvert d'un discours parental adapté et non stigmatisant afin d'obtenir la pleine collaboration et attention de l'adolescent. La problématique des objectifs pondéraux partagés par la triade médecin-parents-adolescents crée une contrainte de performance difficilement gérable pour les adolescents et donc à éviter.

La lassitude du discours médical et parental est également décrite au travers du « vécu, représentations et attentes des adolescents » (16) comme des conseils directifs, rabâchés voire rejetés, d'où l'importance pour le médecin d'appréhender les besoins réels de l'adolescent en consultation. De nombreuses études montrent que plus le contrôle alimentaire augmente plus le risque de développer des troubles du comportement alimentaire augmente en parallèle. (39) (40) Il est important pour le médecin d'informer les parents du risque délétère pour l'adolescent de l'obsession parentale du contrôle alimentaire, qui passe par une infantilisation de

l'adolescent au travers sa relation à la nourriture. Cette infantilisation peut avoir pour origine une culpabilité parentale que le médecin doit prévenir au cours de ses consultations. (29)

## Conclusions :

Les adolescents vivaient différemment la consultation avec leur médecin au sujet du surpoids, ce « nouveau corps » qu'ils devaient s'approprier. La constante était la souffrance psychique qu'engendrait cette consultation mais qui s'exprimait différemment d'un individu à l'autre : un profond mal-être, une souffrance presque absente chez certains, un déni, une acceptation par défaut pour d'autres.

L'origine de cette souffrance était liée au regard social dont découle le surpoids, et l'échange vertueux avec leur médecin, notamment à ce sujet, sous réserves qu'il se fasse dans certaines conditions, était la clef qui menait au déclic de la dynamique de perte pondérale.

Cet échange, qui était basé sur une relation médecin-adolescent solide, pouvait être mis à mal dans certaines situations à cause d'une inertie et d'une approche médicale trop rigoureuse, d'où l'intérêt d'une nouvelle approche.

Prendre en charge le surpoids et l'obésité des adolescents ne se réduit pas simplement à un dépistage précoce et un « discours thérapeutique » mais nécessite d'évaluer toutes les dimensions relatives à ce surpoids et notamment la souffrance psychologique qu'il engendre.

Devant la recrudescence de l'obésité et du surpoids chez l'adolescent, la sensibilisation des médecins généralistes à cette problématique est primordiale. Afin de mieux prendre en charge les adolescents dans leur globalité, il est important d'évaluer le degré de souffrance psychique et non de le résoudre à un problème de poids, de tenir compte de l'environnement social et familial, de créer une autre approche médicale et de réinvestir l'adolescent au cœur de sa prise en charge.

## Références :

1. Guignon N. Etudes et résultats : direction de la recherche des études, et de l'évaluation statistique [Internet]. 28 août 2019 [cité 22 janv 2020];(1122). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1122.pdf>
2. P.Bovet, A.Chiolero, F.Paccaud. Surpoids chez les enfants et les adolescents : épidémiologie et prévention. Revue Médicale Suisse [Internet]. 2008 [cité 29 mars 2018]; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-148/Surpoids-chez-les-enfants-et-les-adolescents-epidemiologie-et-prevention>
3. Tibere L, Poulain JP, Proenca R, Jeannot S. Adolescents obèses face à la stigmatisation. Obésité. 1 avr 2007;2:173-81.
4. Corduan G, Rabourdin S, Bergmann-Billig J. Souffrances psychiques chez les adolescents obèses... et diabétiques. Revue de l'enfance et de l'adolescence. 20 oct 2015;(91):111-26.
5. Claude Fischler. Les journalistes, les médias et l'obésité [Internet]. 2007 [cité 8 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.iiac.cnrs.fr/IMG/pdf/numero1.pdf>
6. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) [Internet]. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003)
7. M. Caflish, K. Morel-Gotzos. Les adolescents obèses nous interpellent. Revue médicale Suisse. 2002;2:22215.
8. Marty F. Adolescence et émotion, une affaire de corps. Enfances & Psy. 2010;(49):40-52.
9. Sanahuja A, Belot R-A. Le processus de séparation-individuation à l'adolescence à l'épreuve de l'obésité. Clinique de l'hyper-oralité. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 1 oct 2016;64(6):402-10.
10. Sabrina AEI. Comprendre les facteurs influençant un changement de comportement et la participation à un programme d'éducation thérapeutique de l'adolescent en surpoids ou obèse. Claude Bernard Lyon 1; 2015.
11. Discoure V. Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. Les Cahiers Dynamiques. 1 sept 2011;n° 50(1):40-6.

12. Sudres J-L, Dupuy M, Ghrib F, Desjardins H, Hubert I, Glattard M, et al. Adolescents obèses : évaluation de l'image du corps, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la dépression. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 janv 2013;61(1):17-22.
13. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. *Bulletin de psychologie*. 2010;Numéro 509(5):321-34.
14. Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. sept 2005;19(3):421-40.
15. pédiatrie S canadienne de. Les aspects psychosociaux de l'obésité chez les enfants et les adolescents | Société canadienne de pédiatrie. [cité 8 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/psychosociaux-obesite-enfants-adolescents>
16. Onzon Catherine. Vécu, représentations et attentes des adolescents en surpoids et obèses au travers de leurs modèles identificatoires : enquête qualitative par entretiens individuels auprès d'adolescents de Rhône-Alpes. | Base documentaire | BDSP [Internet]. 2014 [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/485925/>
17. Isnard P. La souffrance psychologique chez l'enfant et l'adolescent obèses. 2012;(61):6.
18. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Méta-synthèse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 mai 2015;63(3):183-91.
19. Argumentaire scientifique. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent ( actualisation des recommandations de 2003). In 2011.
20. Curtis P. The experiences of young people with obesity in secondary school: some implications for the healthy school agenda. *Health Soc Care Community*. juill 2008;16(4):410-8.
21. Philippe Binder. L'approche des adolescents en médecine générale. 2018;
22. Abadie B, Denante É. Faut-il ouvrir un nouvel espace à la relation médecin généraliste-adolescent? Une étude qualitative en miroir. Faculté de médecin de Marseille; 2019.
23. Rachel Guérin, Evelyne Lasserre, Alain Moreau, Axel Guioux, Marie France Le Goaziou, Martine Laville? Laurent Ietrilliart. Surpoids de l'adulte jeune; le poids des mots, le choc des représentations. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2008;19(84):135-40.
24. Modaï P. Prise en charge de l'enfant obèse ou en surpoids en médecine libérale. *Mt pédiatrie*. 2007;10:5.

25. Alvin P. Médecine de l'adolescent: une pratique, une vocation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 avr 2007;55(1):31-4.
26. Anne Marie Lehr Drylewicz, Cecile Renoux , Larisa Savan, Jean Pierre Lebeau. La prise en charge du surpoids en médecin générale : mission impossible ? 2010;21(94):94-132.
27. Pontier laura. Ressenti de l'enfant obese au moment du diagnostic et de la prise en charge. lyon; 2014.
28. PONS C. Comment est vécu l'abord ou l'absence d'abord du poids en consultation de Médecine Générale pour les patients de plus de 18 ans? Faculté de medecine de Tours; 2013.
29. Chartier MS, LA LCD. Ressenti et vécu des parents à l'annonce d'un surpoids chez leur enfant. :44.
30. Gwenaëlle Le Ponner, Lucie Pelosse. Obésité de l'enfant : le poids des mots Comment communiquer pour prevneir et prendre en charge. In 2007.
31. Scheri M findley, Karen Mary Leslie. Les régimes à l'adolescence. *Paediatric Child Helath*. sept 2004;9(7):499-503.
32. Gaetan Dugrosprez. Prévention de l'obésité et promotion de l'activité physique chez les enfants de 3 à 17 ans en consultation de médecine générale dans le Nord pas de Calais ,. Lille 2; 2014.
33. Inpes - Impact des messages sanitaires dans les publicités alimentaires. [cité 8 mars 2018]; Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/08/cp080204.asp>
34. OMS | Obésité de l'enfant: faits et chiffres [Internet]. WHO. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/fr/>
35. amélie. Définition, causes et facteurs favorisant le surpoids de l'enfant [Internet]. amélie.fr. [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-enfant/definition-causes-facteurs-favorisants>
36. Philippe Binder, Anne Laure Heintz, Benoit Tudrej, Dagmar M Haller, Paul Vanderkam. L'approche des adolescents en médecine générale. 2018 [cité 6 avr 2020];142(Adolescents Soins). Disponible sur: [http://www.medecin-ado.org/addeo\\_content/documents\\_annexes/ado2-binder-exercer142-2018.pdf](http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/ado2-binder-exercer142-2018.pdf)
37. White B, Viner RM. Improving communication with adolescents. *Archives of Disease in Childhood - Education and Practice*. 1 juin 2012;97(3):93-7.
38. Laurence Tibère. Obésité des adolescents: entre désamour et acceptation de soi. 2007.

39. Netgen. Prise en charge du surpoids chez l'enfant : un exemple de suivi multidisciplinaire en faveur des familles [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-179/Prise-en-charge-du-surpoids-chez-l-enfant-un-exemple-de-suivi-multidisciplinaire-en-faveur-des-familles#rb2>

40. GROS A. La restriction cognitive face à l'obésité. Histoire des idées, description clinique. [Internet]. G.R.O.S. 2011 [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.gros.org/la-restriction-cognitive-face-a-l-obesite-histoire-des-idees-description-clinique>

## Annexe 1 :



GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES  
PROTOCOLES DE RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES  
PERSONNES

ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH

### **AVIS**

Responsable de la recherche : Dr Valentin GUIBERT

Titre du projet de recherche : « Vécu et ressenti des adolescents en surpoids et obèses  
face à l'abord de cette thématique en consultation de médecine générale »

N° du projet : 2018 019

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

**X FAVORABLE**

☐ DÉFAVORABLE

☐ SURSIS A STATUER

☐ DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

au projet de recherche n° 2018 019

**A Tours, le 12 avril 2018**

**Dr Béatrice Birmelé**

**Présidente du Groupe Ethique Clinique**

2, Bd Tonnelé - 37044 TOURS Cedex 9 – Tél. 02.18.37.08.50

Courriel : espace-ethique@chu-tours.fr

## **Annexe 2, 3 et 4 :**

### **Vécu et ressenti des adolescents en surpoids et obèses lors de l'abord de ce sujet en consultation de médecine générale**

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

Version n°1 du 02/01/2018

## **NOTICE D'INFORMATION POUR LE PATIENT**

Bonjour, je m'appelle Valentin Guilbert et je suis interne en médecine. Je réalise une étude qui s'inscrit dans le cadre de mon diplôme de fin d'études, ma thèse de médecine et ton médecin m'a parlé de toi.

Je m'intéresse aux relations qu'ont les adolescents en surpoids avec leur médecin.

Pour ce faire, je réalise des entretiens individuels d'environ 20 à 30 minutes au cours duquel l'adolescent s'exprime librement sur divers sujets : les entretiens sont enregistrés par un dictaphone et retranscrits pour mon travail de thèse. Ils sont strictement anonymes ; c'est-à-dire que ton nom ne sera jamais prononcé.

La date du rendez-vous est fixée en concertation avec toi et tes parents. On peut se voir à ton domicile mais tu restes libre de choisir un autre lieu d'entretien, dans la mesure où l'on puisse discuter calmement et que tu te sentes à l'aise.

J'aimerais donc savoir si tu es intéressé(e) et si tu accepterais de participer à un de ces entretiens. J'aurais également besoin de l'accord de tes parents.

Tu ne dois pas te sentir obligé(e) de participer à l'étude, même si tes parents t'y poussent. Tu es parfaitement libre de ton choix. Il t'est tout à fait possible de refuser de répondre à une question que tu juges gênante ou pour laquelle tu n'as pas de réponse à me donner. Il t'est possible de quitter cette étude de façon définitive à tout moment. Cet entretien ne fera pas intervenir ton médecin traitant de quelque façon que ce soit.

Cependant, si tu es intéressé(e) à l'idée de participer à mon étude et que tes parents sont d'accord, j'en serais ravi et je t'en remercie.

Je te demanderai de remplir et signer le formulaire de consentement ci-joint, ainsi que tes parents. Ce formulaire est indispensable pour le respect de l'éthique dans le cadre des protocoles de recherche.

Valentin GUILBERT (interne en médecine générale à l'université François Rabelais)  
Investigateur de l'étude.

# **Vécu et ressenti des adolescents en surpoids et obèses lors de l'abord de ce sujet en consultation de médecine générale**

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

Version n°1 du 02/01/2018

## **NOTICE D'INFORMATION POUR LES PARENTS**

Madame, Monsieur, Bonjour,

Je m'appelle Valentin Guilbert et je suis interne en médecine. Je réalise une étude qui s'inscrit dans le cadre de mon diplôme de fin d'études, ma thèse de médecine et votre médecin m'a parlé de votre enfant.

Je m'intéresse aux relations qu'ont les adolescents en surpoids avec leur médecin.

Pour ce faire, je réalise des entretiens individuels d'environ 20 à 30 minutes au cours duquel l'adolescent s'exprime librement sur divers sujets : les entretiens sont enregistrés par un dictaphone et retranscrits pour mon travail de thèse. Ils sont strictement anonymes ; le nom de votre enfant ne sera jamais prononcé.

La date du rendez-vous est fixée en concertation avec vous et votre enfant. Je peux me déplacer à votre domicile, au cabinet de votre médecin traitant, ou dans tout autre lieu où nous pourrions nous entretenir calmement et où votre enfant se sente à l'aise pour discuter.

J'aimerais donc savoir si votre adolescent(e) est intéressé(e) et s'il(elle) accepterait de participer à un de ces entretiens. J'aurais également besoin de l'aval de ses tuteurs légaux, c'est-à-dire vous.

Votre adolescent n'est pas obligé de participer à cette étude. Il est parfaitement libre de son choix. Il lui est tout à fait possible de refuser de répondre à une question qu'il juge gênante ou pour laquelle il n'a pas de réponse à me donner. Il lui est possible de quitter cette étude de façon définitive à tout moment.

Cependant, si vous êtes intéressés à l'idée de participer à mon étude j'en serais ravi et je vous en remercie par avance.

Si votre enfant est mineur, je vous demanderai de remplir et signer le formulaire de consentement ci-joint. Ce formulaire est indispensable pour le respect de l'éthique dans le cadre des protocoles de recherche.

Valentin GUILBERT (interne en médecine générale à l'université François Rabelais)  
Investigateur de l'étude.

# **Vécu et ressenti des adolescents en surpoids et obèses lors de l'abord de ce sujet en consultation de médecine générale**

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

Version n°1 du 02/01/2018

## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU REPRESENTANT LEGAL DU PATIENT**

Madame, Monsieur ..... (Nom, Prénom)  
Représentant légal de l'autorité parental de l'enfant,  
..... (Nom, Prénom)

Adresse .....

Monsieur Valentin GUILBERT, interne en médecine général a proposé de faire participer notre enfant à une recherche dont il est investigateur sur « **Vécu et ressenti des adolescents en surpoids et obèses face à l'abord de cette thématique par leurs médecins traitants** ».

Il a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser la participation de mon enfant à cette étude. Cela ne changera pas la qualité des soins délivrés par la suite.

J'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

- l'objectif est l'étude et la compréhension du vécu / ressenti de l'adolescent en surpoids ou obèse face à l'abord de cette thématique par son médecin traitant en vue d'une éventuelle amélioration, de leur prise en charge et des pratiques professionnelles.

- Cette étude se déroulera via un entretien entre l'investigateur de l'étude et votre enfant. Cet entretien aura lieu à la suite de votre consultation chez le médecin généraliste. Le lieu (domicile, école, faculté de médecine François Rabelais à Tours, ...) et l'heure du rendez-vous d'entretien seront fixés conjointement entre l'investigateur, vous-même et votre enfant. Des questions sur la relation entre votre enfant et votre médecin traitant lui seront posées. Les réponses seront par la suite enregistrées, anonymisées et analysées.

**J'accepte que mon enfant ..... (nom, prénom) participe à cette recherche dans les conditions précisées dans la notice d'information.**

Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter la participation de mon enfant. J'en informerai alors l'investigateur Valentin GUILBERT.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par l'investigateur pour son compte. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (article 39) s'exerce à tout moment auprès de l'investigateur qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de l'investigateur de la recherche.

Je pourrai à tout moment demander toutes informations complémentaires à Valentin GUILBERT en appelant le \*\*\*\*\*

Fait à ....., fait en 2 exemplaires dont un est remis à l'intéressé(e).

Nom du médecin (interne)

Nom et prénom du patient

VALENTIN GUILBERT

.....

Le ...../...../201...

Le ...../...../201...

Signature du médecin

Signature du patient précédée  
de la mention « Lu et approuvé »

## Annexe 5 :

### Guide d'entretien

Introduction : Je suis actuellement interne/remplaçant dans le département, dans le cadre de la fin de mon internat je réalise une thèse sur le vécu et le ressenti des adolescents en surpoids/obèses lors de l'abord de ce sujet par leur médecin.

Introduction	Question Brise-glace	Peux-tu me raconter la dernière consultation que tu as eue avec ton médecin	Faire parler de : - « relation médecin malade » qu'il entretient avec son médecin
Partie 1	Discussion autour de l'excès de poids	La première fois ou (de mémoire) ton médecin et toi avez discuté de ton excès de poids,  Tu pourrais me raconter comment s'est passée cette consultation ?  Qu'est-ce que cette consultation t'a apporté ?  Comment se sont passées les consultations suivantes	→ Pourquoi vous en êtes venus à parler de ton excès de poids ?  → Qu'as-tu ressenti ?  → Quels termes a-t-il employés ?  Faire parler de : - motif de consultation - abord de la thématique par le médecin - le ressenti du médecin
Partie 2	Comment aurais-tu aimé qu'on te parle de ton excès de poids ?		Faire parler de : - ressenti de l'adolescent - son approche personnelle ?
Partie 3	Impact de la prise en charge	Qu'as-tu changé dans ton quotidien à la suite de ces consultations avec ton médecin concernant ton excès de poids ?	

Vu, le Directeur de Thèse

2



Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

**Guilbert Valentin**

57 pages – 1 tableau – 6 schémas

**Introduction :** Les données épidémiologiques actuelles nous montrent que le surpoids et l'obésité de l'adolescent font partie des problèmes de santé fréquemment rencontrés par les médecins généralistes. Cependant, il existe peu de documents consensuels quant à l'approche psychologique à adopter pour parler de la problématique du surpoids à ces adolescents. Notre objectif est d'analyser le vécu et le ressenti de l'adolescent en surpoids et obèse, lors de l'abord de ce sujet par le médecin généraliste, afin de mieux déterminer l'attitude psychologique que celui-ci doit adopter faces aux jeunes.

**Matériel et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés.

**Résultats :** Les adolescents réagissaient différemment en consultation, lorsque leur médecin abordait la problématique de ce « nouveau corps ». L'élément récurrent de ces entretiens était la souffrance qu'engendrait le surpoids. L'expression de cette souffrance variait d'un individu à l'autre. L'échange avec le médecin par rapport à cette souffrance, et notamment celle du regard social, était un élément primordial pour eux, à condition que le médecin réponde à certaines exigences. Les adolescents pouvaient se détacher de la prise en charge médicale du surpoids à cause de l'attitude qu'ils percevaient de leur médecin qui n'était selon eux, pas adaptée à leur problématique.

**Discussions :** L'échange médecin-adolescent constitue un enjeu majeur dans l'adhésion du jeune à la prise en charge médicale. Le médecin doit avoir en tête que le corps de l'adolescent est un élément nouveau dans la vie du jeune et que celui-ci doit apprendre à le découvrir progressivement. Il est important que le médecin interroge l'adolescent sur la souffrance psychique et relationnelle qu'engendre ce corps et notamment celle liée au regard social.

**Conclusion :** Afin de mieux prendre en charge ces adolescents en surpoids et obèses, il est important d'évaluer le degré de souffrance psychique du jeune, de tenir compte de l'environnement social et familial, de créer une autre approche médicale et de réinvestir l'adolescent au cœur de sa prise en charge.

**Jury :**

Président du Jury :

Professeur Régis HANKARD, Pédiatrie, Faculté de Médecine-Tours

Membres du Jury :

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, transfusion, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Delphine MITANCHEZ, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adulte, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Emmanuel BAGOURD, Médecine Générale – Tours

Date de soutenance : 27 octobre 2020