



Faculté de médecine

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Emmanuelle SALAMEH

Née le 03/06/1992 à Saint-Denis (974)

Consultation de médecine générale et obésité chez le patient de moins de 19 ans.

**Approche psychothérapeutique par le médecin généraliste.
Exploration des pratiques en Région Centre Val de Loire et à La Réunion.**

Présentée et soutenue publiquement le **23/06/2022** date devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Jean-Marc FRANCO, Médecine générale, Faculté de Médecine – La Réunion

Professeur François LABARTHE, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Céline RANTY, Médecine Générale – Déols

Directeur de thèse : Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale - Tours

UNIVERSITE DE TOURS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

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 VOURC'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 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 – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – 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. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
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
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédéric	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – 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 et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
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
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie

LABARTHE FrançoisPédiatrie
 LAFFON MarcAnesthésiologie 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 ClaudeCancérologie, radiothérapie
 MACHET LaurentDermato-vénéréologie
 MAILLOT FrançoisMédecine interne
 MARCHAND-ADAM Sylvain.....Pneumologie
 MARRET HenriGynécologie-obstétrique
 MARUANI AnnabelDermatologie-vénéréologie
 MEREGHETTI Laurent.....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 MITANCHEZ DelphinePédiatrie
 MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
 MOUSSATA DriffaGastro-entérologie
 MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
 ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
 OUAISSI MehdiChirurgie digestive
 OULDAMER Lobna.....Gynécologie-obstétrique
 PAINAUD GillesPharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
 PATAT Frédéric.....Biophysique et médecine nucléaire
 PERROTIN FranckGynécologie-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 MariaBiophysique et médecine nucléaire
 THOMAS-CASTELNAU PierrePédiatrie
 TOUTAIN Annick.....Génétique
 VAILLANT Loïc.....Dermato-vénéréologie
 VELUT Stéphane.....Anatomie
 VOUREC Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
 WATIER HervéImmunologie
 ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie
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 2ND 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
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
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
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU 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
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON SylvieDirecteur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX FabriceDirecteur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET ChristopheChargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL WilliamChargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR MustaphaDirecteur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU CamilleDirectrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier Pour l'Ecole d'Orthoptie
BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste
SALAME Najwa.....Orthoptiste
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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre
et méprisée de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements :

Je voudrais remercier les membres de mon jury qui ont accepté d'examiner mon travail.

A mon maître et directeur de thèse

Monsieur le Docteur Ruiz,

Merci pour votre présence, vos conseils avisés et l'incroyable bienveillance dont vous faites preuve auprès de tous vos étudiants.

A mon maître et président du jury

Monsieur le Professeur Lebeau

J'ai pu vous connaître au cours de ces 6 mois de stages à Vendôme. J'y ai beaucoup appris. Mais être interne ce n'est pas toujours aussi facile en fonction des lieux où l'on se retrouve. Un jour j'attendais devant une salle de réunion du DUMG. Vous êtes sorti et vous m'avez dit « Mais entres voyons ! Pourquoi vous n'osez pas ? C'est chez toi ici. » Cela m'a fait chaud au cœur. Merci.

A mes maîtres et juges

Messieurs les Professeurs Franco et Labarthe, merci pour votre disponibilité

A mon maître et juge

Madame la Docteur Ranty,

Mon maître Jedi. Tu m'as accueilli, conseillé, enseigné. Tu m'as donné ta confiance. Je souhaite à tous les internes de tomber sur un mentor comme toi. Je leur souhaite que ce mentor devienne un ami proche. Car c'est ce que tu es.

Aux Docteurs Hervo, Aumarchal et Molina pour avoir guidé mes pas de jeune médecin.

Aux Docteur Goburdhun qui m'a offert mon premier stéthoscope rose bonbon après ma réussite au concours de première année. Un geste symbolique et plein de considération.

A Vincent, ma moitié et mon meilleur ami, pour ta patience, ton calme, ton amour, ta bienveillance, pour ce sourire constant que tu m'offres chaque jour et ces fous rires indécents.

A Thomas, ou plutôt devrais-je dire Pegasus no Seiya, pour toutes les bêtises et pour l'humour que l'on partage.

A mes parents :

A mon père, pour l'amour inconditionnel que tu m'offres, comme une certitude que rien ne pourra effacer

A ma mère, pour tous les efforts et les sacrifices que tu as fait pour me permettre d'être là aujourd'hui

A mes beaux-parents : Yvette, Michel, Bernard et Ingrid, pour m'avoir accueilli dans vos familles et pour avoir élevé un jeune homme aussi remarquable.

A Brigitte, ma marraine, pour tout l'amour maternel que j'ai reçu en double dose.

A mes grands-parents :

Judo, pour ces paniers de figues gorgées de sucre que tu cueillais au petit matin, déposés près de mon lit.

Teita, à cette sagesse que je te devinais. J'aurais tant voulu que l'on discute longuement.

Pépé, pour tes regards espiègles et complices dissimulés entre ta moustache et ton chapeau de chasse.

Mamie pour ces mélanges culinaires improbables que l'on était les seules à aimer

A mes tantes et mes oncles pour toutes vos attentions.

A Simone, ma confidente toujours présente et patiente. Merci de ne pas avoir démissionné il y a 26 ans de cela, face au diabolin que j'étais et d'être restée dans ma vie.

A mes amis :

A Caroline, mon alter égo. C'est toi qui es moi en bien mieux. Pour m'avoir gardé dans ton cœur, comme une amie très chère, toutes ces années. Merci de ton soutien pour ma thèse. Merci par avance pour la prochaine grande étape de ma vie où tu seras à mes côtés.

A Alice, pour cette belle amitié tardive mais profonde. Je n'espérais plus trouver une amie comme toi à mon âge.

A Bertrand, pour tes conseils et nos discussions apaisantes.

A Esther, la femme la plus cool et douce que je connaisse. Un franc parler bienveillant qui fait du bien. Une médecin formidable.

A Jean-Baptiste, aka ma gerbouille. Pour ces 6 mois joyeux où l'on a vécu sous le même toit et notre amitié qui est restée la même.

A Armand, bougui le crabe. Grâce à toi j'ai l'assurance que si dans nos vieux jours, je ne suis plus là, tu resteras à ses côtés jusqu'au bout. Sans vouloir plomber l'ambiance ☺

A Natacha, la rencontre entre l'Afrique et la Russie ça donne des étincelles mais ça produit surtout des amies fidèles.

A mon Cloud pour ta tendresse et ta loyauté sans faille

Consultation de médecine générale et obésité chez le patient de moins de 19 ans.

Approche psychothérapeutique par le médecin généraliste. Exploration des pratiques en Région Centre Val de Loire et à La Réunion.

Résumé

INTRODUCTION : Ces trente dernières années, le terme d'épidémie mondiale d'obésité a été employé. La France n'est pas épargnée. L'île de la Réunion est l'un des départements français les plus touchés par l'obésité infantile. Les transformations des modes de vie et d'alimentation sont spécifiquement mises en cause. Toutefois, l'origine multifactorielle de cette pathologie est une notion clé qui guide les recommandations pour une prise en charge globale. L'accompagnement psychologique est en particulier recommandé. Une approche psychothérapeutique propre au médecin généraliste a été décrite dans la littérature.

METHODE : Nous avons réalisé une étude qualitative pour explorer comment l'approche psychothérapeutique s'intégrait à la consultation de médecine générale dédiée à l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Cette étude a inclus dix médecins généralistes de la région Centre Val de Loire et de la Réunion. Des entretiens semi-dirigés ont été menés de février 2021 à janvier 2022.

RESULTATS : Les médecins généralistes évoquaient naturellement l'aspect psycho-affectif de l'obésité. Ils exploraient l'histoire affective du patient et prenaient en compte ses affects lors de la prise en charge somatique. Une amélioration du vécu global de la consultation était recherchée, ainsi qu'un travail de communication avec la famille.

CONCLUSION : Il est établi que les médecins généralistes manifestaient, parfois spontanément, une attitude psychothérapeutique pour cette population de patients.

MOTS CLES : Obésité infantile, médecine générale, psychothérapie, recherche qualitative.

**General practice consultation and obesity in patients under 19 years of age.
Psychotherapeutic approach by the general practitioner.
Exploration of practices in the Centre Val de Loire region and in Reunion
Island.**

Abstract

INTRODUCTION : Over the past thirty years, the term global obesity epidemic has been used. France is not spared. Reunion Island is one of the French departments most affected by childhood obesity. The transformation of lifestyles and diets are specifically called into question. However, the multifactorial origin of this pathology is a key notion that guides the recommendations for global care. Psychological support is particularly recommended. A psychotherapeutic approach specific to the general practitioner has been described in the literature.

METHOD : We carried out a qualitative study to explore how the psychotherapeutic approach was integrated into the general practice consultation dedicated to obesity in children and adolescents. This study included 10 general practitioners from the Centre Val de Loire region and Reunion Island. Semi-structured interviews were conducted from February 2021 to January 2022.

RESULTS: General practitioners naturally evoked the psycho-emotional aspect of obesity. They explored the patient's affective history and took his affects into account during somatic care. An improvement in the overall experience of the consultation was sought, as well as communication work with the family.

CONCLUSION: It is established that general practitioners displayed, sometimes spontaneously, a psychotherapeutic attitude for this population of patients.

KEY WORDS : Infantile obesity, general practice, psychotherapy, qualitative research

SOMMAIRE

I) Introduction

I-1) Intérêt de la recherche et questionnement

I-2) Contexte théorique et définitions

I-2-1) Définition de l'enfance et de l'adolescence

I-2-2) L'obésité et le surpoids infantile en théorie

a) Définitions

b) Étiologies de l'obésité

I-2-3) Approche psychothérapeutique du médecin généraliste

I-2-4) Psychopathologie et psychothérapie dans l'obésité infantile et de l'adolescent

II) Méthode

II-1) Type d'étude

II-2) Population étudiée et échantillonnage

II-3) Processus de recueil des données

II-4) L'analyse des données

II-5) Éthique et confidentialité

III) Résultats

III-1) Présentation des entretiens

III-2) Fruit du codage : les catégories

III-3) Analyse des résultats

IV) Discussion

IV-1) Discussion de la méthode

IV-1-1) La question de recherche : construction et pertinence

IV-1-2) Le choix de la méthode

IV-2) Discussion des résultats

IV-3) Limites et forces de l'étude

V) Perspectives pour l'avenir et conclusion

VI) Bibliographie

VII) Annexes

Annexe n°1 - Document d'information et formulaire d'opposition

Annexe n°2 - Guide d'entretien

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

TCA : Trouble des Conduites Alimentaires

HAS : Haute Autorité de Santé

IOTF : International Obesity Task Force

I) Introduction

I-1) Intérêt de la recherche et questionnement

A l'échelle mondiale en 2016, l'OMS recense 340 millions d'enfants ou d'adolescents en surpoids ou obèses âgés de 5 à 19 ans. En 2019, ils seraient 38 millions âgés de moins de 5 ans à être en surpoids ou obèses. La prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents âgés de 5 à 19 ans a augmenté de 14 % entre 1975 et 2016. L'augmentation a été la même chez les garçons que chez les filles. (1)

En France, l'étude Esteban-2015 conduite auprès d'enfants de 6 à 17 ans retrouve 17% d'enfants en surpoids dont 4% avec un IMC caractérisant l'obésité. (2)

A la Réunion, là où j'ai grandi, j'ai été témoin de ce phénomène dans des proportions importantes. En 2018, 26,5% des élèves de sixième et 14,3% des élèves de grande section de maternelle sont en surpoids dont 8,4% et 5,7% obèses respectivement. (3)

On parle d'épidémie mondiale non infectieuse, bien qu'une stabilisation de la prévalence au début des années 2000 ait fait suite à une phase d'augmentation de trente ans. (4)

Ces dernières années, la communauté médicale a réellement pris conscience de l'ampleur du problème. Les recommandations concernant la prise en charge de l'obésité infantile et de l'adolescent se sont étoffées, complexifiées. L'industrialisation de l'alimentation, la surconsommation et la sédentarisation de nos modes de vie sont pointées du doigt par l'OMS. Pourtant il est aussi communément admis qu'il s'agit d'une pathologie multifactorielle. Nombreuses sont les recommandations qui encouragent à ne pas se laisser enfermer dans une vision diététique du problème, mais à aborder le patient dans sa globalité. Le suivi au long terme d'enfants ayant bénéficié d'une prise en charge polarisée sur une activité physique soutenue et un apport énergétique réduit montre des résultats décevants. En effet un patient sur deux augmenterait son IMC à l'arrêt du suivi. (5)

Entre autres, un accompagnement psychologique est préconisé. (6)

Outre les conséquences physiques bien connues de l'obésité, il existe des conséquences psychiques et sociétales à ne pas négliger.

En 2014 Petter Lundborg et son équipe publient une étude internationale intitulée *Fat doesn't pay*, selon laquelle avoir été un adolescent obèse serait ensuite pénalisant à l'arrivée sur le marché du travail. Les individus de cette population seraient payés 18% de moins que la moyenne. Selon les chercheurs cela ne viendrait pas uniquement de la discrimination basée sur le physique mais surtout de difficultés à l'acquisition de compétences sociales durant l'adolescence et d'un manque de confiance en soi. (7)

Dans son livre *On ne naît pas grosse* l'autrice Gabrielle Deydier écrit « Depuis l'enfance, l'adolescent obèse apprend à se taire. Il est à l'image de ses kilos, toujours en trop. Pointé du doigt comme un individu dépourvu de volonté, alors qu'il est souvent en proie à une lutte pour sa survie ». (8)

Le médecin généraliste se retrouve une nouvelle fois en première ligne face à cette problématique. Chez ces patients en souffrance mais peu demandeurs de soin, proposer un accompagnement psychologique paraît être une tâche épineuse. Par notre travail nous avons cherché à étudier comment l'approche psychothérapeutique s'intégrait à la consultation de médecine générale dédiée à l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

I-2) Contexte théorique et définitions

I-2-1) Définition de l'enfance et de l'adolescence

L'OMS définit l'adolescence comme la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte entre les âges de 10 à 19 ans.

L'enfance est donc définie comme la période de croissance allant de la naissance à l'âge de 10 ans.

I-2-2) L'obésité et le surpoids infantile en théorie

a) Définitions

L'obésité est aujourd'hui considérée comme une maladie chronique puisque répondant à la définition de la maladie établie par l'OMS : « état qui met en jeu le bien-être physique ». Elle correspond à un excès de masse grasse ayant des conséquences néfastes pour la santé.

L'IMC ou indice de masse corporelle est calculé à partir de la taille et du poids selon la formule suivante : $IMC (kg/m^2) = Poids (kg) / Taille^2 (m^2)$

A partir de 18 ans on définit l'obésité pour un IMC à partir de 30 kg/m^2 . Puis successivement :

- obésité grade 1 pour un IMC entre 30 et 34,9 kg/m^2
- obésité grade 2 pour un IMC entre 35 et 39,9 kg/m^2
- obésité de grade 3 pour un IMC $\geq 40 kg/m^2$

Ces seuils ne sont pas valables pour les sujets en pleine croissance (< 18 ans).

La notion d'évolutivité est primordiale. Le surpoids et l'obésité sont définis relativement à la population de référence en termes d'âge et de sexe. L'IMC en tant que tel est un index qui a du mal à donner d'emblée une idée fiable du degré d'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

En 2000 l'IOTF (= International Obesity Task Force) définit l'obésité chez l'enfant selon la position de l'IMC calculé par rapport à la courbe de centiles qui amènent à un IMC = 30 kg/m^2 à 18 ans.

Jusqu'en 2018 en France, les courbes du programme national santé nutrition (PNNS) définissaient le surpoids et l'obésité chez l'enfant. Elles sont construites à partir des références françaises et des références internationales (IOTF).

Celles-ci évoluent en fonction de l'âge et sont différentes selon le sexe :

- La courbe du 97^e percentile correspond à un IMC = 25 kg/m^2 à 18 ans. Lorsque l'IMC est supérieur au **97^{ème} percentile** pour l'âge et le sexe on parle de **surpoids** (ou obésité grade 1)
- Lorsque l'IMC est supérieur au **seuil IOFT-30** on parle d'**obésité** (ou obésité grade 2)

A partir de 2018, dans les nouveaux carnets de santé on retrouve les courbes de l'IOTF. Elles sont à utiliser pour les enfants de plus de 2 ans. Ainsi les enfants de plus de 2 ans sont :

- en **surpoids** si leur IMC est supérieur ou égal au seuil **IOTF-25**
- **obèses** si leur IMC est supérieur ou égale au seuil **IOTF-30**

Toutefois l'IMC comprend des limites. En effet ces seuils d'IMC s'appliquent pour les populations caucasiennes, hispaniques et noires. Ils sous-estiment le risque pour les populations asiatiques chez lesquelles on parle d'obésité à partir de 25 kg/m^2 . (9) (10)

L'obésité en tant que maladie est définie par des mesures anthropométriques.

Un sujet est désigné obèse et donc malade aux yeux de l'opinion publique s'il répond aux critères anthropométriques même en l'absence de complications de santé. Il existe alors un décalage entre définition théorique et vécu du patient et cela retentit sur sa perception du soi.

« Dès sa définition, la complexité du phénomène obésité apparaît donc masquée par son évidence même. Il peut s'ensuivre des malentendus lourds de conséquences. C'est pourquoi l'obésité doit être appréhendée et traitée au carrefour de la médecine, de la sociologie et de la psychologie. » (11)

b) Étiologies de l'obésité

L'obésité est une **maladie** impliquant une prédisposition constitutionnelle principalement génétique, révélée par un environnement obésogène. Elle est le plus souvent commune, les formes secondaires ou syndromiques étant rares.

L'obésité commune ou polygénique est liée à des facteurs environnementaux qui s'implantent sur une prédisposition génétique. Chez l'enfant et l'adolescent elle est souvent accompagnée d'une accélération de la croissance staturale. C'est surtout de ce type d'obésité dont il est question lorsqu'on parle de pandémie mondiale. Somatiquement parlant, elle est basée sur un déséquilibre entre les apports caloriques et la dépense énergétique. (12)

Dans les autres causes on parle d'**obésité secondaire**. En voici quelques étiologies :

- les obésités **monogéniques** : on peut citer la mutation du **récepteur 4 de la mélanocortine (MCR4)**. C'est la forme la plus fréquente d'obésité monogénique
- les **syndromes malformatifs** : on peut citer les syndromes de l'X fragile et de Prader-Willi
- les **endocrinopathies** : Maladie de Cushing, hypothyroïdie, déficit en hormone de croissance
- les **troubles psychologiques**
- la **iatrogénie**

I-2-3) Approche psychothérapeutique du médecin généraliste

Selon R.Knight, parmi les critères caractérisant un psychothérapeute efficace, en plus du bagage théorique, on retrouve des qualités humaines qui malheureusement ne s'acquièrent dans aucun livre. (13)

Nombreux sont les auteurs à s'accorder sur le fait qu'au cours d'une psychothérapie, le thérapeute est un facteur important de réussite. Son profil joue un rôle non négligeable dans l'efficacité de la thérapie. En effet, des recherches récentes montrent qu'en psychothérapie, quelle que soit la technique employée et son degré de structuration, c'est avant tout la personnalité du thérapeute qui augure du succès de la prise en charge. (14)

La plupart des patients sont méticuleux quant au choix de leur médecin généraliste, quitte à en « tester » plusieurs. Ce choix est souvent fondé sur la personnalité du praticien plus que sur son efficacité thérapeutique. La condition première est une concordance de caractère.

La spécificité et l'exclusivité de cette relation font la particularité de la pratique psychothérapeutique du généraliste. (15)

Il existe bien une approche psychothérapeutique propre à la médecine générale. Elle va au-delà du simple soutien affectif. Elle s'intègre à une approche globale s'intéressant aux trois aspects du patient : biologique, psychique et sociale. Il s'agit d'une pratique souvent autodidactique non structurée, où la subjectivité est dominante. Elle dispose d'un cadre temporel particulier car morcelée et insérée au fil des consultations de manière irrégulière. (16)

On parle d'une attitude psychothérapeutique spontanée. (17)

I-2-4) Psychopathologie et psychothérapie dans l'obésité infantile et de l'adolescent

La notion d'origine multifactorielle est centrale en médecine de l'obésité. Il est reconnu que certains facteurs psychopathologiques peuvent participer au développement d'une obésité, même s'ils ne constituent pas une généralité.

Certains troubles psychologiques, bien que non spécifiques aux patients obèses, sont plus fréquents dans cette population.

Cela comprend les troubles des conduites alimentaires (TCA). Les enfants et adolescents obèses n'en sont pas tous atteints. Il s'agit cependant d'une période de fragilité psychique appropriée au développement de tels troubles. On citera le Binge eating disorder ou hyperphagie boulimique, (5 à 30% des individus obèses) (18), Night eating disorder ou hyperphagie nocturne (19), la sous-estimation alimentaire et la restriction cognitive. (11)

On aurait observé une prévalence plus importante des troubles anxio-dépressifs chez les enfants obèses que chez les enfants sans problème de poids. (20)

La relation de causalité entre dépression et obésité est à double sens. Dans une méta-analyse réalisée en 2008 et combinant les données de 16 études longitudinales, Bruce Blaine, professeur de psychologie au St John Fisher College USA, explique que les adolescentes souffrant de dépression auraient significativement 2,5 fois plus de risque de présenter un surpoids ou une obésité. (21)

On observe aussi une fréquence significativement plus importante de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les enfants obèses. (22)

Le soutien psychologique est tout aussi fondamental dans la prise en soins de l'obésité, même lorsqu'il n'existe pas de traits psychopathologiques avérés. Il renforce la motivation, et améliore la tolérance lors de la mise en place de nouvelles mesures hygiéno-diététiques. Il permet également de dépister précocement d'éventuels troubles du comportement alimentaire, préexistants ou révélés lors de la prise en charge somatique. (23) (6)

II) Méthode

II-1) Type d'étude

Une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée.

II-2) Population étudiée et échantillonnage

Les sujets étaient des médecins généralistes volontaires, de genre féminin ou masculin, installés ou remplaçants en Région Centre Val de Loire ou sur l'Île de la Réunion.

La démarche d'échantillonnage a été purement inductive. Il s'agit d'un échantillonnage raisonné de type théorique, c'est à dire orienté par la théorie au fur et à mesure de son émergence. Cela a permis de refléter une diversité d'expérience.

La liste des volontaires a été constituée en prenant contact avec des médecins généralistes par courriel ou en postant une annonce via les réseaux sociaux.

Une des participantes m'a été recommandée pour sa large expérience sur le sujet de l'obésité infantile.

Seize médecins ont été contactés au total. Huit participants se sont portés volontaires suite à l'annonce postée sur les réseaux sociaux. Huit autres médecins ont été contactés par courriel.

Cinq d'entre eux ont donné leurs accords initiaux puis ne se sont plus manifestés malgré nos relances. Une demande de participation est restée sans réponse.

L'organisation des entretiens a ensuite été faite par échange de courriels.

II-3) Processus de recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-structurés par visio-conférence. Ils commençaient tous par une brève présentation du travail.

Chaque entretien était enregistré par dictaphone et sur téléphone mobile. Ils étaient menés en suivant une trame d'entretien, réactualisée régulièrement pour prendre en compte les apports des entretiens précédents.

Le nombre d'entretien a été déterminé par la saturation des données, estimée atteinte lorsque les nouveaux entretiens n'apportaient plus de données susceptibles de modifier les résultats identifiés par l'analyse des précédents entretiens.

II-4) L'analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit en verbatim par l'investigatrice à partir des enregistrements audios. Une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée a été choisie. Un codage par la méthode de la table longue a ensuite été mené avec les trois étapes imbriquées que sont l'analyse ouverte, axiale et intégrative. Cela a permis l'émergence de catégories conceptuelles.

La triangulation avec le Docteur Christophe Ruiz, directeur de thèse, a permis une discussion sur l'explication de certaines étiquettes, vérifiant ainsi la transversalité des résultats.

Les différentes étapes du travail et notre cheminement de pensée ont été consignés dans un journal de bord.

II-5) Éthique et confidentialité

Avant le début de l'entretien une explication était donnée quant au document de non-opposition transmis au préalable par mail. Ainsi ils pourraient à tout moment s'opposer à l'utilisation des données récoltées.

L'enregistrement audio était signalé au participant et chacun d'entre eux donnait son accord oral.

Les données collectées étaient strictement confidentielles, anonymisées et réservées à l'étude. En effet, un code d'identification était attribué à chaque enregistrement d'entretien.

Une liste confidentielle faisait correspondre les codes d'identification et l'identité réelle des participants. Nous nous sommes engagés à détruire cette liste de correspondance en fin d'étude. Seul un tableau figurant en début du paragraphe « Résultats », indexe :

- la date de l'entretien, sa durée
- un code d'identification désignant chaque participant (P1, P2, P3...ect) sans y faire figurer la correspondance des identités
- les caractéristiques de chaque participant : sexe, type d'activité (rural, semi-rural ou urbain), le statut remplaçant ou installé et le département d'activité

Le recueil des données à l'état brut (enregistrements audio et notes d'entretien) était archivé numériquement sur des supports personnels de l'investigateur. La retranscription du verbatim était également archivée numériquement, ainsi qu'en format papier. Le caractère non interventionnel a été confirmé par la cellule de recherche non-interventionnelle du CHU de Tours. Cette étude est qualifiée d'étude n'impliquant pas la personne humaine soit étude Hors Jardé.

III) Résultats

III-1) Présentation des entretiens

Dix entretiens ont été réalisés entre le 11 février 2021 et le 31 janvier 2022. Les entretiens ont duré de 20 à 35 minutes. Tous les entretiens ont eu lieu par visio-conférence alors que les participants se trouvaient chez eux. Cinq participants travaillaient en région Centre Val de Loire dont quatre médecins installés et une remplaçante. Les cinq autres participants habitaient sur l'île de la Réunion dont deux médecins installés et trois remplaçants. Sur la totalité des participants huit travaillaient en zone urbaine et cinq en zone semi-urbaine. Ces chiffres ne correspondent pas au nombre total de participants car les remplaçants travaillaient dans plusieurs cabinets.

Identifiant	Date d'entretien	Durée d'entretien	Genre	Type d'activité	Département D'activité
P1	11/02/21	23 min 32 sec	Féminin	Installée Semi-urbain	36
P2	18/03/21	26 min 51 sec	Masculin	Remplaçant Urbain et Semi-urbain	974
P3	22/03/21	35 min 39 sec	Féminin	Installée Urbain	974
P4	13/05/21	22 min 37 sec	Masculin	Remplaçant Urbain et Semi-urbain	974
P5	13/05/21	23 min 03 sec	Féminin	Remplaçante Urbain Semi-urbain	974
P6	23/11/21	20 min 31 sec	Masculin	Installé Urbain	41
P7	23/11/21	20 min 41 sec	Féminin	Installée Urbain	37
P8	05/01/22	27 min 28 sec	Féminin	Remplaçante Urbain	37
P9	12/01/22	26 min 59 sec	Féminin	Installée Semi-Urbain	41
P10	31/01/22	34 min 30 sec	Féminin	Installée Urbain	974

III-2) Fruit du codage : les catégories

Comme expliqué dans la partie méthode, le codage des données s'est décomposé en 3 phases dont la dernière, ou analyse intégrative, a permis de faire émerger 4 catégories :

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**
- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**
- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**
- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**

Au fil des prochaines pages les résultats seront présentés de la manière suivante pour chaque participant : une première fiche présentant le profil global du participant et une seconde fiche établissant les caractéristiques de son approche psychothérapeutique sur le sujet traité, classées dans les 4 catégories sus-citées.

Profil du participant n°1 (P1)

La participante 1 (P1) percevait l'obésité comme une caractéristique avec une connotation négative.

Les a priori du P1 qui sont ressortis de cet entretien étaient les suivants.

Ce sont des patients qui mangent mal. Les mauvaises habitudes alimentaires naissent au sein des familles. Les enfants obèses sont souvent issus de « petits milieux » où l'on ne choisit pas vraiment ce que l'on mange.

P1 nous expliquait que le vécu négatif de l'obésité, que ce soit par le patient ou sa famille, pouvait constituer un obstacle à la prise en charge. D'autant plus que notre questionnaire fait intrusion dans l'intimité du patient. La première difficulté consisterait à aborder le sujet. S'agissant de consultations extrêmement délicates, le choix des mots par le médecin influencerait l'adhésion du patient.

Il paraissait primordial à P1 de ne pas « braquer » le patient par des paroles, ou formulations stigmatisantes.

Selon P1, le médecin devrait saisir, dès que possible, l'opportunité d'aborder le sujet. Autrement le « tabou » déjà présent autour de cette pathologie pourrait se renforcer.

Pour P1, le rôle du médecin généraliste n'était pas d'aider le patient à accepter la situation. Il devait lui apporter les connaissances nécessaires afin qu'il puisse choisir librement de prendre en charge son obésité, tout en évitant la stigmatisation. P1 souhaitait aborder chaque patient humblement. Ainsi avec leur aide elle tenterait de comprendre les origines multiples de l'obésité. P1 était favorable à un accompagnement psychologique du jeune obèse et de sa famille. Elle exprimait le besoin d'être accompagnée d'autres professionnels afin de prendre en charge une éventuelle détresse psychologique liée à l'obésité.

Caractéristiques de l'approche psychothérapeutique de P1

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**

- Reconnaître que les causes d'une obésité peuvent être multiples, ne pas les réduire à de mauvaises habitudes de vie et rechercher un facteur déclenchant émotionnel

« Je vais essayer de voir quand est-ce que ça a décroché au niveau du poids. S'il y a eu un souci à ce moment-là qui pourrait l'expliquer. Je fouille un peu l'alimentation, qu'est-ce qu'il mange, qu'est-ce qu'il fait ou ne fait pas. »

- Explorer le vécu émotionnel lié à cet état d'obésité et adapter sa prise en charge en conséquence

« Après j'essaie de voir avec l'enfant si ça le gêne (le surpoids). Si ça ne le gêne pas il ne fera rien pour le changer. Si lui il a envie, j'essaie d'ouvrir des portes et de voir ce que l'on peut faire. »

« Je leur demande si le regard des autres les dérange. Oui ça fait partie des questions que je pose. »

- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**

- Ne pas offrir de conseils restrictifs en termes d'alimentation
- Offrir un espace où la souffrance liée à l'obésité pourra être exprimée et prise en considération, que ce soit auprès du généraliste ou d'un interlocuteur vers qui on l'aura orienté (catégorie 1 aussi)

« Pour moi il faut savoir proposer plusieurs portes et savoir reporter ou déléguer. On laisse notre porte ouverte et on le laisse choisir. »

- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**

- Aborder la problématique en pleine conscience du poids de ses mots

« Le but ce n'est pas de me froisser avec et qu'il ne revienne pas parce que je lui ai dit qu'il était trop gros et qu'il n'a pas aimé quoi. »

- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**

- Travailler sur les « tabou » pouvant être présent au sein de certaines familles

« Je pense que ça dépend des familles. Il y a des parents pour qui c'est un peu tabou. Ceux-là quand on leur explique c'est ``Oui oui, je sais. Il fait déjà attention``. (...). On le sent tout de suite si on peut en parler ou si c'est compliqué et qu'il faut orienter vers quelqu'un d'autre. Comme l'asalée qui prendra le temps d'en parler, de comprendre et de trouver des solutions alternatives. »

Profil du participant n°2 (P2)

P2 avait des a priori sur l'obésité chez le jeune. Selon lui, elle constituerait une tare. De nombreux jeunes obèses auraient une faible estime d'eux même. Cela pourrait provoquer un mal être.

Il nous a également parlé du mal être ressenti par les parents d'enfants obèses.

Il a plusieurs fois évoqué la notion de culpabilité parentale, qui pouvait selon lui, faire obstacle à la prise en charge. En effet il avait remarqué que chez les patients très jeunes, ce sont les parents qui vivaient mal le regard des autres.

Ce vécu négatif rendait l'abord de la question difficile. Et un manque de tact pouvait rapidement mener la consultation à l'échec. Il se montrait alors très flexible dans sa prise en charge en s'adaptant aux comportements des patients et en acceptant la temporalité de chacun.

Il a cependant observé que la société dans laquelle on évolue influence le vécu de l'obésité. Plus celle-ci banalise l'obésité, du fait d'un grand nombre de représentants en son sein, moins la crainte du rejet social s'exprime.

Au sein des sociétés à forte prévalence d'obésité, celle-ci serait vécue moins négativement car normalisée. Cela l'inquiétait tout autant.

Pour faciliter la prise en charge de l'obésité, P2 souhaitait avant tout légitimer son intervention. Il faisait comprendre que l'obésité était une maladie et le médecin généraliste un interlocuteur potentiel.

Il luttait également contre les a priori que pouvaient avoir certains patients et leurs familles sur la sévérité d'un suivi médicale de l'obésité. Celui-ci ne devait pas rimer avec restriction.

Ce qui incitait P2 à prendre en charge l'obésité chez le jeune c'est avant tout le fait d'avoir reçu une formation spécifique dans ce domaine au cours de son externat.

Le fait d'avoir un réseau de soin développé dans son secteur l'encourageait également à initier la prise en charge.

Il n'était cependant pas à l'aise avec le fait d'initier un accompagnement psychologique chez ces patients. Il craignait de sortir de son rôle de médecin et peut être d'installer une proximité inappropriée avec le patient.

Caractéristiques de l'approche psychothérapeutique de P2

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**
 - Explorer le retentissement social de l'obésité et dépister le harcèlement
- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**
 - Offrir un espace d'écoute et être à l'affût d'une éventuelle souffrance (catégorie 1 aussi)
- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**
 - Médicaliser l'obésité pour que son discours ne soit pas perçu comme un jugement

« J'essaie de rendre la chose très médicale en ne disant pas que c'est une tare ou quoi que ce soit. Comme je leur dit qu'il y a une rhino je leur dis aussi `` Bah voilà là votre enfant est obèse `` (...). J'essaie vraiment de dire que c'est un diagnostic médical mais pas un jugement. »

« Beaucoup ne le ressentent pas comme une maladie et ne veulent pas en parler avec le médecin. »

- Avoir une temporalité adéquate dans l'abord de la problématique

« Alors déjà le surpoids je l'aborde en fin de consultation, pour pas me jeter dessus du genre : "Attention il est en surpoids". »

- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**
 - Prendre en compte et travailler sur le déni existant chez certains parents d'enfants obèses

« Moi je trouve qu'il y a un gros déni là-dessus à la Réunion. C'est moi qui essaie toujours d'en parler »

« Ah bah "Il n'est pas malade", (...). Ou alors ils sont eux même en surpoids et ils ne voient pas le souci et voilà. »

- Ménager le vécu émotionnel des parents

« Voilà les petits on va dire c'est plus chez les parents qu'il y a un mal-être. »

« Et puis j'ai vraiment l'impression qu'ils le prennent pour eux, ils se mettent tout de suite sur la défensive. Ils croient qu'on juge la manière dont ils élèvent leur enfant. Ils se sentent agressés dans la sphère personnelle. »

- Combattre la culpabilité des parents mais aussi de l'enfant

« Voilà en leur disant que c'est de la faute de personne, parce que sinon les parents se sentent un petit peu coupable. Or que c'est juste un diagnostic »

« Quand vous faites les courses, si vous n'achetez pas, il n'aura pas envie d'en manger

- Adopter une attitude valorisante envers les parents

« Faut pas dire `` Tout est mauvais``. Moi je leur dis ``Ce que vous faites c'est bien mais peut-être il faut adapter les quantités, un peu plus de légumes. Et surtout j'essaie de valoriser ce qu'eux font à manger, même si ce n'est pas toujours très équilibré. »

« Le changement de comportement des enfants passe par le changement de comportement des parents. Donc j'essaie d'influer d'abord sur les parents sans dévaloriser parce qu'après ils sont totalement fermés. »

Profil du participant n°3 (P3)

P3 a été sensibilisée à la problématique de l'obésité infantile par sa participation à l'association « R » qui s'occupe de l'obésité infantile et adolescente sur l'île de la Réunion. Auparavant elle partageait des a priori communs présents dans l'inconscient collectif comme la présomption selon laquelle les obèses mangent trop et sont inactifs.

Elle nous a dit que sa participation à « R » a changé sa vision des choses faisant entrer en ligne de compte la composante émotionnelle.

Elle dénonçait la banalisation du surpoids et de l'obésité au sein de la société réunionnaise.

Pour elle, l'annonce de l'obésité était une phase sensible de la consultation. Elle pressentait un vécu négatif déjà présent chez ces patients. Elle redoutait de provoquer une surenchère par son intervention. D'autre part elle évoquait une difficulté à discuter de l'apparence du patient sans que cela ne paraisse être un jugement. La responsabilité de cette annonce était lourde à porter. Elle était consciente du poids de ses mots. Elle insistait sur le besoin de « trouver les bons mots » pour ne pas participer à la stigmatisation de cette population. Dès le départ elle refusait de leur coller l'étiquette « obèse » en n'utilisant pas ce mot.

Elle s'aidait de la courbe de croissance lors de l'annonce, pour ne pas avoir à utiliser de mots blessants.

A travers son expérience de terrain elle nous expliquait qu'elle recherchait toujours un élément déclencheur de l'obésité dans le vécu de ses jeunes patients.

Sa consultation était centrée sur le jeune. Elle s'adressait à lui, plus qu'à ses parents.

Elle allait ensuite inclure les parents dans la discussion, notamment en ce qui concerne l'alimentation. Elle souhaitait répartir la responsabilité du choix des aliments et ainsi déculpabiliser l'enfant.

L'ordre des thèmes abordés au cours de sa consultation avait selon elle une importance majeure pour ménager le ressenti du patient et de sa famille.

Elle parlait de l'activité physique, des loisirs, du temps d'écran, puis en dernier lieu discutait de l'alimentation. Par ce comportement elle supposait que l'alimentation avait une dimension plus intime, et requérait une approche progressive. Elle décidait de mettre l'activité physique au premier plan. Elle présumait que promouvoir un nouveau comportement était moins agressif que d'en blâmer un préexistant.

Elle choisissait de rester flexible sur l'alimentation pour garder une attitude positive et non restrictive.

Pour P3 un accompagnement sur le plan affectif était un besoin évident. Ce postulat guidait son discours et sa façon de mener la consultation.

Elle offrait un lieu de parole et d'écoute. Elle recherchait les signaux d'alerte d'une détresse psychologique pour pouvoir intervenir ou orienter si besoin. Sa connaissance du réseau de soin l'encourageait dans cette tâche.

Caractéristiques de l'approche psychothérapeutique de P3

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**

- Rechercher un élément affectif pouvant être en cause dans l'apparition d'une obésité

« Parce que moi je constate que souvent le point commun, alors oui évidemment l'alimentation et la sédentarité mais il y a vraiment des difficultés dans la famille ou un événement comme l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite soeur, l'entrée au CP. Enfin un événement, un facteur déclenchant. »

- Prendre en compte le vécu émotionnel du patient (catégorie 2 aussi)

« Et pi' souvent c'est déjà un problème ressenti par l'enfant et on met vraiment le doigt sur un truc complexe. »

« Donc quand on met le doigt là-dessus, c'est difficile. Ça se voyait que la fille elle retenait ses larmes. Ça se voit qu'il y a un mal être quoi. »

- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**

- Offrir une écoute (catégorie 1 aussi)

« Je pense d'abord il faut être à l'écoute. L'écoute d'abord. »

- Aborder le versant somatique dans l'ordre : activité physique, autres loisirs, puis alimentation en dernier lieu

« Je pars plus sur le versant activité physique, que d'emblée sur l'alimentation. Pour pas que ça paraisse trop jugeant quoi. Et après j'embraye sur les écrans. Et après dans un troisième temps je lui demande "Alors toi qu'est-ce que tu as l'habitude de manger ?" »

- Savoir faire preuve de flexibilité et de positivité dans la prise en charge somatique

« Voilà moi souvent j'aime bien dire "En théorie voilà" ensuite je contrebalance en disant : "Je sais bien qu'en pratique c'est compliqué parce qu'il y a le temps, parce qu'il y a le coût". (...) et puis adapter en fonction de chaque famille, de leur ressource, leur temps, leur organisation. »

- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**

- Avoir conscience de la portée de ses mots

« J'essaie toujours de mettre un peu les formes. J'emploie pas forcément le mot obésité tout de suite. »

« Et après il faut essayer d'avoir les bons mots. C'est une autre difficulté, c'est de trouver les bons mots. »

- Utiliser la courbe de croissance pour faire passer son message sans tenir de propos blessants

« J'emploie pas forcément le mot obésité tout de suite. Je montre surtout la courbe en fait. »

- Rester neutre et ne pas culpabiliser le patient lorsqu'il se livre même si l'on constate des erreurs majeures

« Et c'est vrai que c'est difficile des fois de rester neutre quand on nous dit qu'il ne mange que des pizzas ou des frites, ou qu'il va au MacDo je ne sais pas combien de fois par mois. (...) Des fois c'est difficile. Donc là j'ai modéré mon propos. »

- Accepter que le patient puisse se livrer à son rythme

« On est obligé de montrer qu'on est là. Même s'ils le disent pas, je tends toujours la perche : " Si jamais il y a un soucis tu peux venir n'importe quand pour parler". »

« Et ils n'en parlent pas toujours d'emblée quoi. »

- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**

- Savoir mener une discussion triangulaire médecin-patient-parents

« J'ai constaté ça il y a souvent un des deux parents qui est ultra-culpabilisant (...) il n'utilisait pas des mots très sympas, il la dénigre souvent »

« Après c'est toujours délicat parce que dans la consultation il y a la maman et il y a l'enfant. C'est toujours délicat parce qu'il faut réussir à jongler entre les deux. Parce que des fois la maman elle peut nous dire qu'à l'école tout se passe bien mais elle ne sait peut-être pas tout. »

Profil du participant n°4 (P4)

P4 n'avait pas de problème à évoquer les problèmes de poids avec ses patients, même s'il disait être plus à l'aise avec un adolescent qu'avec un enfant car plus inquiet des conséquences physiques à court terme et de la souffrance que peuvent ressentir ces adolescents. C'était une obligation morale qui le poussait à en parler.

Pour lui, comparé au jeune enfant, l'adolescent était plus conscient de la pression sociale qu'engendre son poids.

Cette pression sociale était selon lui l'origine principale du mal être chez ces patients.

Il aurait moins tendance à parler du poids aux jeunes enfants car il était moins inquiet à leur sujet.

Pourtant, malgré une certaine facilité à aborder le sujet, il se retrouvait très rapidement limité. Il craignait de ne pas être assez formé aux particularités de l'obésité pédiatrique.

Il pressentait des a priori négatifs que les patients et leurs familles pouvaient avoir sur l'accompagnement psychologique. Il se disait très mal à l'aise pour aborder ce sujet. Il trouvait cela compliqué de trianguler la discussion avec les parents. P4 nous expliquait que la présence des parents empêchait l'enfant de se livrer. Selon lui les parents peuvent parfois tenir des propos culpabilisants et ainsi participer à la stigmatisation de l'enfant sans le vouloir.

Lui de son côté semblait être gêné d'évoquer l'intimité de l'enfant devant les parents.

Pour lui le rôle du médecin généraliste dans cet accompagnement consistait surtout à renforcer l'estime que ces jeunes ont d'eux même pour les motiver à changer cette situation qui les fait souffrir. Il évoquait un « cercle vicieux » que le médecin devait casser.

Caractéristiques de l'approche psychothérapeutique de P4

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**

- Avoir conscience de la pression sociale subie par ces patients et dépister le harcèlement

« Un enfant qui est psychologiquement agressé par ses camarades ou même par la famille. C'est important sinon on ne s'en sort pas. (...) Mais il faut chercher. Je suis conscient de ça hein. »

- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**

- Contribuer au renforcement de l'estime de ces patients pour améliorer leur vécu émotionnel mais aussi les motiver à engager une prise en charge somatique

« Bah ils le vivent très très mal en fait. Ils ont du mal à passer le cap, à prendre les mesures pour perdre du poids. D'ailleurs c'est par rapport à ça qu'ils ont du mal à perdre du poids. C'est comme un cercle vicieux. Je ne saurais pas vraiment comment l'expliquer. Il se sent mal dans sa peau, il se fait « martyriser » par les autres élèves, donc il se sent encore plus mal dans sa peau et ça lui donne envie de rien faire. C'est limite comme un syndrome dépressif plus ou moins avec de l'anxiété. »

« Il faut casser le cercle vicieux. Et comment casser ce cercle ? Il y a deux solutions. Soit il perd du poids. Mais ça c'est pas évident s'il n'est pas bien de base. Soit on joue là-dessus. On essaie de faire en sorte qu'il soit bien, qu'il soit à l'aise dans un premier temps. Et par la suite comme il sera à l'aise il pourra perdre du poids plus facilement. »

- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**

- Utiliser les outils anthropométriques pour aborder la problématique du poids

- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**

- Ne pas encourager les parents dans une attitude culpabilisante

« Les parents souvent revendiquent. Alors qu'on n'est pas là pour ça. On n'est pas là pour revendiquer des choses à l'enfant. On est là pour le conseiller, l'évaluer, voir ce qui va ce qui ne va pas. C'est à lui de faire son propre cheminement, sa propre démarche. »

Profil du participant n°5 (P5)

P5 avait comme a priori qu'une mauvaise hygiène de vie est façonnée par le milieu social et les comportements présents au sein des familles.

Elle avait la conviction qu'il existe un mal être ressenti ou intériorisé chez les jeunes obèses, en lien avec la discrimination omniprésente dans notre société.

Elle nuancait son propos en parlant de la société réunionnaise, où le surpoids serait presque entré dans la norme.

Elle a elle-même été enfant et adolescente en surpoids. Elle avait une approche empathique de cette problématique, et manifestait le besoin de sauvegarder la santé mentale du patient tout autant que la santé physique.

Cette participante trouvait qu'aborder le sujet du poids avec un patient qui souffre d'obésité était difficile car elle craignait d'être délétaire.

Elle évoquait la notion de justesse dans la temporalité et la fréquence de nos interventions.

En effet selon elle, toutes les consultations ne sont pas propices pour aborder le sujet du poids.

Plus jeune elle se sentait harcelée lorsqu'on évoquait son poids à chaque consultation, qu'elle vienne pour un motif aigu ou pour un suivi.

Elle était consciente de l'intérêt d'inclure les proches à cette prise en charge. Ils sont parfois les émissaires de la souffrance du jeune patient. Face à cette souffrance elle se sentait pourtant désarmée.

Elle expliquait ensuite que si l'on ne savait pas comment réagir face à cette souffrance, on pouvait au moins laisser le patient occuper ce temps de consultation, en lui offrant une écoute.

Caractéristiques de l'approche psychothérapeutique de P5

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**

- Avoir conscience d'un potentiel vécu négatif lié à l'obésité déjà présent chez le patient

« Encore les enfants tu peux...ils ont encore un peu de fraîcheur par rapport à ça. Alors que les ados ont déjà un bagage. Ils ont déjà entendu...ils ont déjà été harcelés. Je ne parle pas d'harcèlement scolaire, mais ils ont déjà été harcelés par la société et toi tu viens rajouter une couche. »

- Être vigilant et dépister la grossophobie dans l'environnement social du patient
- Offrir un lieu de parole où la souffrance pourra être formulée (catégorie 2 aussi)

« Je ne savais pas trop quoi faire. Alors je me suis adressée à lui. Je lui ai demandé "Mais toi tu te trouves gros ? Qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce que tu te trouves bien ?" »

- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**

- Choisir d'aborder l'activité physique avant l'alimentation (catégorie 3 aussi)

« Alors moi petit truc pour amener la chose en douceur, je parle plutôt de l'activité physique. »

« En générale je pars du sport, de l'activité physique. Avec les enfants je trouve que c'est plus facile que de partir tout de suite sur la balance ou les aliments. 'fin, j'y viens en général après. »

- Évaluer l'état émotionnel du patient avant toute intervention et ainsi pouvoir décider :
 - De ne proposer aucune prise en charge si l'on constate un équilibre et un bien être, en lui laissant le temps et le choix de se décider à agir

« Tu vas les prévenir des risques médicaux, mais si eux se sentent bien, la santé c'est aussi le bien être psychologique. »

« Il faut que l'ado décide de prendre soin de lui. S'il n'est pas malheureux c'est déjà un premier objectif. »

- De travailler en premier lieu sur son état d'esprit pour lui donner envie d'agir s'il est en souffrance

« Je pense que l'obésité met vite dans un cercle vicieux où tu es mal dans ta peau. Du coup tu t'isoles. Tu manges pour combler ton vide affectif. (...) Et peut être voilà sortir de ce cercle vicieux en bossant sur l'estime de soi. »

« La première étape c'est peut-être de s'accepter comme on est. Et après une fois que tu es bien dans ta peau et tes baskets c'est plus facile de mettre en place des habitudes de vie saines. Et après l'objectif c'est pas tant de maigrir et de ne plus être obèse, c'est déjà de se sentir bien pour pouvoir te prendre en charge. »

- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**

- Réduire notre fréquence d'intervention pour que le patient ne se sente pas harcelé

« Après c'est personnel aussi en tant qu'ancienne grosse. Peut-être. Moi je détestais qu'à chaque fois que tu vas chez le médecin pour une angine ou quelque chose comme ça, on te pèse ok pour les médicaments, je sais pas quoi, mais qu'on te rabâche ça à chaque fois c'est quand même assez agaçant. »

- Choisir d'intervenir aux moments opportuns à savoir lors des consultations de suivi, voir organiser une consultation dédiée

« Les enfants tu les vois pour les vaccins, tu les vois plus souvent lorsqu'ils sont moins malades. Je trouve que c'est plus le moment d'aborder le sujet. »

- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**

- Répartir la responsabilité du choix des aliments sur la famille et le patient pour déculpabiliser ce-dernier

« Quand j'aborde l'alimentation j'inclus vraiment les parents à ce moment-là. Parce que bin mine de rien ils y peuvent pas grand chose les gamins. »

Profil du participant n°6 (P6)

Pour ce participant l'obésité de l'enfant et de l'adolescent était difficile à annoncer. En effet cette annonce étant également destinée aux parents, ces derniers pouvaient mal le vivre. Il nous a raconté que cela lui avait valu de perdre des patients.

Il évoquait la possibilité d'un déni, selon lui surtout présent au sein de famille où l'obésité était déjà présente.

Il choisissait le moment le plus favorable à l'annonce de cette obésité, qui se trouvait être, pour lui, la consultation pour motif non aigu (certificat sportif).

Il nous expliquait par ailleurs qu'en fonction de la communauté d'appartenance du patient on pouvait se heurter à de l'incompréhension. Il donnait l'exemple de la communauté turque très présente dans son secteur, dans laquelle un « enfant bien en chair » est un enfant en bonne santé.

Il avait conscience de la difficulté existante à l'obtention de l'adhésion de ces patients.

D'où l'importance de sonder le vécu de l'enfant et l'état d'esprit de ses proches avant même d'initier la prise en charge. Il dissociait bien le souhait de prise en charge des parents de celui de l'enfant car il pouvait y avoir un décalage. Tout cela lui permettait de décider de la pertinence d'une intervention médicale.

Il prenait soin de déconstruire les a priori du patient et de sa famille sur l'aspect restrictif de la prise en charge diététique.

Pour P6, un rééquilibrage alimentaire sain et durable devait être construit avec l'aide du patient en fonction des habitudes déjà en place.

D'après la cause de la souffrance dans l'obésité, était le manque ou la mauvaise qualité des relations sociales. Il ne voulait donc pas qu'un régime alimentaire trop différent soit une source de marginalisation supplémentaire.

Il craignait de les faire grandir avec l'étiquette « obèse » qu'ils auraient ensuite du mal à effacer. Il s'interrogeait sur la balance bénéfices / conséquences d'un dépistage précoce de l'obésité.

Nous avons ensuite discuté de l'accompagnement psychologique de ces patients.

P6 faisait le parallèle avec la chirurgie bariatrique, en expliquant qu'il trouvait cet accompagnement tout aussi indispensable lors d'une prise en charge médicale.

Il était convaincu de l'utilité d'une prise en charge pluriprofessionnelle, de proximité et prolongée, permettant des échanges entre les différents intervenants. Lui, faisait intervenir infirmière asalée et psychologue.

Caractéristiques de l'approche psychothérapeutique de P6

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**

- Dépister le harcèlement
- Avoir pour objectif premier le bien être du patient

« Avant de prendre en charge ce poids en premier. Parce que l'enfant s'en fou de son poids. Mais peut-être qu'il veut qu'on l'aide à résoudre ses problèmes de relation avec les...à l'école. »

- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**

- Évaluer l'état d'esprit du patient pour décider de la pertinence d'une intervention médicale

« La première question que j'ai "Est-ce que ça te gêne toi ?". L'enfant dit oui ou non. Si c'est non ça ne le gêne pas : bon bah très bien on le laisse tranquille. (...) Travailler à partir de lui ce qu'il en dit. »

- Se montrer flexible et à l'écoute lors du rééquilibrage alimentaire

« De dire voilà "Qu'est-ce que tu peux améliorer dans ton alimentation ? Sur quoi tu peux jouer éventuellement ?" »

« Sans tomber dans l'interdit ou la restriction. Faut se faire plaisir de temps en temps. »

« J'aime bien la pub qu'il y a à la télé. Celle qui montre "Vous mangez ça. L'assiette idéale c'est ça. Mais peut être qu'avant d'arriver là on peut déjà essayer de faire ça." Au lieu de prendre steack frites, on prend un peu moins de frites mais avec un peu de légumes verts. »

- Déconstruire les a priori, sur l'aspect restrictif de la prise en charge médicale de l'obésité

« La première chose que je bannis c'est le mot régime. Ça ne sort pas de la part des enfants mais plutôt des parents. "Il faut le mettre au régime." Donc là tout de suite on arrête. »

« Donc vraiment rien n'est interdit. Tout est autorisé avec modération. Et peut-être à les employer différemment en fonction des circonstances. »

- Faire en sorte que notre prise en charge n'empêche pas le patient de s'intégrer

« Et après c'est surtout qu'il ne faut pas stigmatiser l'enfant en disant (...) "Il faut que tu sois différent des autres donc il faut que tu fasses différemment des autres." »

« Sur l'alimentation (...) les conseils que je donne ce sont des conseils que je donnerai à tout le monde, même à des enfants qui ne sont pas obèses. Ça permet de dédramatiser. Je caricature mais je vois mal l'enfant à la cantine dire "Ah bin non mon docteur, comme je suis obèse, m'a dit que je ne devais pas prendre des pâtes." »

- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**

- Choisir de soulever la problématique du poids lors de consultations de suivi plutôt que pendant une consultation pour motif aigu

« Alors euh...moi je profite de la période des certificats médicaux où on a un peu plus de temps lors de la consultation. »

- Utiliser la courbe de croissance pour matérialiser le problème
- Avoir conscience d'une éventuelle souffrance psychologique et ne pas participer, par notre discours, à la stigmatisation du patient

« Dire à l'enfant bien " Tu es obèse". Donc tu le stigmatises. Sachant qu'à mon avis déjà il est stigmatisé à côté, à l'école ou autre (...) Il faut éviter de tomber là-dedans. »

« Je pense que les enfants obèses sont déjà en souffrance psychologique. Alors moi médecin dire "Tu es obèse. Tu ne dois pas faire ci ou ça." Je n'ai pas envie de ça »

- Travailler sur l'acceptation de l'accompagnement psychologique

« Alors je ne leur présente pas tout de suite en leur disant "Vous allez voir l'IDE asalée, puis la psychologue." »

« Progressivement. (...) Moi je leur propose de voir l'IDE asalée (...) Donc après c'est de voir comment il répond à ça. Et voir ce que l'on va proposer, ce sur quoi ils sont prêts à s'investir. »

- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**

- Prendre en compte les différences culturelles dans la représentation du corps

« Je vois sur le Vendomois on a une grosse population turque, ou un enfant qui se porte bien, qui est...comment... qui est bien en chair, c'est un enfant qui est en bonne santé. Donc c'est tout à fait normal. »

- Trianguler la consultation avec les parents en prenant garde à ne pas les heurter ou les culpabiliser

« C'est compliqué de dire aux parents "Voilà votre enfant est obèse il faut qu'on fasse quelque chose." Ça m'a valu de perdre des patients. Hein. »

« La réponse des parents c'était "On est tous comme ça. C'est normal. Il n'y a pas de problème d'obésité." Du coup je ne les ai plus revu après. Donc je pense que ça a vexé un petit peu.

« Il y a des patients qui sont dans le déni. (...) Surtout de la part des parents. Parce que c'est vrai que dans ces cas l'enfant il est écrasé. Il n'a pas vraiment son mot à dire. »

Profil du participant n°7 (P7)

Pour P7 l'obésité était une pathologie systématiquement empreinte de souffrance. Celle-ci pouvait être cause ou conséquence, souvent les deux à la fois.

Le patient contraint d'afficher une différence impossible à camoufler, subissait de plein fouet une forte discrimination.

La discrimination subie par cette population de patient mettait P7 mal à l'aise. Elle se sentait intrusive lorsqu'elle les questionnait sur leur vécu. Sa position de médecin de famille lui permettait d'accéder à ce vécu, parfois à l'insu du patient, au travers du reste de la famille.

Selon elle, les erreurs alimentaires étaient souvent dues à l'offre moderne, dominée par la nourriture industrielle et piègeuse.

Elle évoquait la nécessité de gérer le sentiment de culpabilité ressenti par le patient. Celui-ci était réveillé lors des discussions sur l'alimentation. Pour cela elle voulait répartir la responsabilité des choix alimentaires sur enfant et parent.

Elle expliquait que l'inclusion des parents à la prise en charge était nécessaire, pourtant des précautions étaient indispensables comme :

- Ne pas accepter les comportements et paroles culpabilisants ou stigmatisants
- Ne pas laisser le parent occuper tout l'espace, rendant le patient encore moins accessible à la discussion

Pour finir elle parlait du besoin d'avoir un « timing » adapté pour évoquer cette problématique dans de bonnes conditions. Une consultation dédiée serait selon elle nécessaire.

Au cours de cet entretien, P7 a soulevé une question intéressante. Comme de nombreux confrères, elle utilisait la courbe de poids pour aborder le sujet sans utiliser de mots blessants. Pourtant elle se demandait si la courbe ne matérialiserait pas la sortie de la « normalité », devenant ainsi une source de stigmatisation supplémentaire.

Caractéristiques de l'approche psychothérapeutique de P7

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**

- Avoir conscience d'une composante émotionnelle dans l'obésité

« Je pense qu'il y a une vraie souffrance à être obèse. Et je pense qu'à la base de l'obésité il y a souvent une souffrance qui a amené à cette situation. »

- Rechercher un élément affectif pouvant être en cause dans l'apparition d'une obésité

« On est généraliste donc on connaît des fois un peu les contextes. On a parfois des contextes assez évidents de chocs, de traumatismes qui peuvent faire qu'à un moment donné la courbe décroche chez certains enfants. »

- Permettre au patient d'exprimer son ressenti sur le sujet

« Essayer de voir aussi ce que l'enfant en pense et son ressenti. Il y en a qui ne vont pas forcément dire grand-chose. Certains vont quand même pouvoir s'exprimer. »

- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**

- Prendre en compte la culpabilité que peuvent ressentir ces patients surtout en ce qui concerne l'alimentation

« On sent souvent que les enfants il baissent la tête quoi ! Tu vois en général ils savent qu'il y a un souci. Ils l'ont entendu à la maison. »

- Bannir les discours restrictifs lors de la prise en charge somatique (catégorie 3 aussi)

- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**

- Utiliser la courbe de croissance pour matérialiser la problématique et provoquer une prise de conscience

« On remplit la courbe devant eux. Et souvent c'est un bon support pour montrer qu'il y a un souci et qu'il faut faire attention au poids. Aborder le sujet c'est pas toujours si simple. »

- Opter pour une attitude positive

« Après j'amène le fait qu'il faut équilibrer l'alimentation et éviter les grosses erreurs, mais en parallèle si tu fais du sport tu vas arrêter de prendre du poids, tu vas grandir et puis c'est bon. Le but c'est d'arrêter de prendre du poids et de profiter de la croissance pour rééquilibrer les choses. »

- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**

- Répartir la responsabilité du choix des aliments entre la famille et le patient

« En général je demande aux parents qui c'est qui fait les courses. Déjà ! Parce que bon si le gamin il mange des sucreries et des sodas...euh...c'est qu'il y a quelqu'un qui fait le plein des placards. (Rires) Donc j'essaie d'être dans la déculpabilisation des enfants. Quitte à en mettre une couche sur le parent aussi, que chacun partage ses objectifs. »

- Faire comprendre aux parents qu'un discours culpabilisant est délétère

« Les parents...certains sont très bien mais d'autres...Avec leur "Tu vois je t'avais dit qu'il fallait pas manger de gâteaux" (rires). Ils en rajoutent une couche et toi tu es là "Mais non (rires) vous êtes en train de massacrer mon travail là". »

Profil du participant n°8 (P8)

Pour cette participante, l'obésité créait de la souffrance car elle isolait le patient et engendrait chez lui un sentiment de peur touchant plusieurs aspects de la vie sociale. Avant toute intervention elle jugeait le degré de réflexion de ses interlocuteurs sur l'obésité.

Elle cherchait surtout à établir une relation de confiance et si possible une alliance thérapeutique. Puis elle évaluait le vécu et l'histoire du patient. Éviter la stigmatisation était une de ses priorités.

Elle utilisait le terme « accroche » pour caractériser la qualité de la relation médecin-patient. Si cette accroche était présente, elle pensait avoir la capacité d'accompagner son patient au même titre qu'un psychologue.

Pourtant elle ne niait pas qu'un psychologue disposerait d'outils thérapeutiques qu'un généraliste n'avait pas. Elle entendait travailler en parallèle, de manière pluriprofessionnelle. Sans cette « accroche » elle pourrait décider de passer le relais à un confrère, généraliste ou autre.

Elle ne tenterait aucune prise en charge sans souhait manifeste du patient. Elle se laisserait même guider par les besoins de celui-ci, en personnalisant au maximum le parcours de soins.

Pour P8 les mécanismes qui menaient à l'obésité étaient complexes et mêlaient vécu émotionnel, contexte de vie social, familial et aspect organique.

Ces trois pôles étaient liés entre eux par une certaine logique que le médecin devait tenter de comprendre avant d'entreprendre une quelconque action de soin.

Elle cherchait à construire un parcours de soins cohérent et adapté aux besoins exprimés par le patient.

Lors d'une mise en situation, elle avait imaginé prendre en charge un patient obèse en souffrance. Son corps étant devenu pour lui un objet de dégoût, elle préconiserait des soins physiques comme de l'osthéopathie, et conseillerait des associations sportives à proximité. Ainsi elle tenterait de le réconcilier avec son corps, d'agir sur son estime de lui et son bien être moral. Par la même occasion P8 ferait la promotion d'une meilleure hygiène de vie.

Selon elle les deux piliers de la prise en charge somatique que sont l'alimentation et l'activité physique avaient une dimension émotionnelle. Elle n'envisageait pas de travailler l'organique et le psychologique séparément. A ses yeux, cela était d'autant plus vrai chez des enfants ou adolescents dont les comportements sont régis par le plaisir et non par la raison ou l'objectivité.

Caractéristiques de l'approche psychothérapeutique de P8

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**

- Rechercher et évaluer l'impact des précédentes interventions médicales sur le sujet
- Évaluer le vécu émotionnel de l'obésité avant d'initier une prise en charge

« Savoir si déjà il vit bien cette obésité ou pas. Ou alors au contraire si c'est quelque chose qui est très difficile à vivre. C'est à dire que moi je vais en rajouter une couche. »

- Explorer les mécanisme psycho-environnementaux et familiaux ayant mené à l'état d'obésité

« Il y a aussi toute la sphère globalement émotionnelle, (...). Comment on en est arrivé là en fait ? Comment ça s'est construit ? Il y a forcément quelque chose qu'on peut encore déconstruire parce qu'ils sont encore enfant. C'est plus facile. »

Est ce qu'il y a eu un traumatisme ? J'en sais rien : un déménagement. Est ce qu'il a été harcelé à l'école ? Est ce qu'il s'est passé un truc qui fait qu'on en est arrivé soit à manger plus, soit arrêter de faire du sport ? Est ce qu'il y a eu un deuil ? Voilà essayer de trouver un point d'impact émotionnel.

- Rechercher un isolement social

- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**

- Avoir conscience de l'aspect émotionnel de la nourriture

« Rechercher un rapport un peu pathologique à la nourriture. Peut-être un surinvestissement affectif dans la nourriture. »

- Construire une relation de confiance pour amener le patient à se livrer

« Après il faut qu'il n'ait pas peur de revenir me voir et que je lui dise "Ah bah t'as pas fait ci ou ça, tu vas être puni!" »

« Et puis ne pas risquer de perdre la confiance du patient. C'est à dire que j'ai pas envie que le gamin ensuite il revienne et qu'il me mente. »

« Si par exemple, cette confiance est possible et qu'il me dit "Bah voilà à l'école on continue de se moquer de moi où j'ai revécu encore un problème avec mes copains. Du coup j'ai remangé n'importe quoi." Et ba je préfère le savoir, que je vois la courbe monter et pas comprendre. »

- Appréhender l'image du corps et proposer un travail en ce sens

« Et amener peut-être aussi, en fonction de l'image qu'il a de son corps, des propositions pour se réconcilier avec lui. Donc peut être de proposer de faire des soins comme l'ostéopathie. Des choses un peu plus physiques. Pour que le corps ne soit pas un objet de dégoût. »

- Construire un plan de soins en étant attentif aux besoins du patient et ne pas être dans la directive ou la restriction

« Parce que quand on est ado ou qu'on a 8 ans, 12 ans, 16 ans, on n'a pas envie de bouffer des brocolis à tous les repas. Il faut être pratico-pratique. (...) Si le mec en face n'est pas disponible pour le faire ça n'a aucun sens. Donc moi j'irai chercher le plus petit pas possible. »

« Au final on prend le pouvoir un peu au patient, en leur disant "Moi je sais mieux que vous. Voilà ce qu'il faut faire. Il faut suivre ça ça et ça." (...) Je pense que c'est l'occasion au contraire de leur redonner ...qu'ils soient acteurs quoi! »

- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**

- Avoir conscience que l'on va s'engager dans la sphère intime du patient

« Vraiment pour moi c'est ça qui est complexe. Être intrusif dans la vie intime d'une personne. »

- Utiliser la courbe de croissance pour aborder la problématique
- Accepter la temporalité propre du patient et de sa famille

« Juste lancer l'info et puis dire "Si vous voulez on en reparle la prochaine fois. Si ça vous intéresse on reprend une consultation pour en parler. Vous pouvez me rappeler". »

- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**

- Ne pas encourager les parents dans une attitude culpabilisante

« Parce qu'en fait le risque quand il y a un tiers aussi, à mon sens, c'est de dire "Ah bah oui je te l'avais dit. De toute façon faut faire attention à tes bombec machin truc!" Ba en fait on n'est pas trop là pour ça. »

« Sans rentrer dans une culpabilisation de l'enfant qui a mon avis, si ça mère ou son père répondent ça, c'est qu'il en mange déjà toute la journée chez lui. Donc niveau confiance et relation thérapeutique ça va pas être terrible quoi ! »

- Prendre en compte les traits psychologiques parentaux

« Rechercher aussi si dans la famille il y a une image du corps qui est particulière. Il y a des mamans qui sont toujours en train de dire soit "Oui mais qu'est-ce que tu manges trop." ou "Arrêtes de manger" ou alors "Vas-y ressers toi. Il faut être en bonne santé. Il faut manger." »

- Prendre en compte le ressenti des parents

« Et puis je parlais de la culpabilisation de l'enfant, mais il y a aussi celle des parents. C'est un peu dire "Bah vous nourrissez mal votre gamin". Ça le sous-entend. Ça sous-entend qu'il y a un problème et que c'est de leur faute »

Profil du participant n°9 (P9)

Cette participante abordait majoritairement l'obésité sur le plan somatique. Elle gardait cependant en arrière-pensée l'aspect psycho-social de cette pathologie. A deux reprises, elle nous a dit comprendre les difficultés vécues par ces patients étant elle-même en situation d'obésité. L'absence d'un vécu négatif de fond lui paraissait inconcevable. Selon elle les jeunes obèses auraient une faible estime d'eux même. Ils concevaient la discrimination de la société comme une conséquence logique, leur jeune âge ne leur permettant pas d'avoir un esprit critique à ce sujet.

Elle ne craignait pas d'aborder des sujets comme l'alimentation ou l'activité physique. Elle le faisait de manière rigoureuse mais bannissait la restriction. Elle offrait même beaucoup d'indulgence en ce qui concerne l'alimentation. En effet elle concédait des écarts alimentaires si ces derniers arboraient un caractère social, permettant au patient de s'intégrer.

Sachant cette population discriminée, elle imaginait les nombreuses moqueries qui rythment leur vie.

Cette indulgence contrastait avec la rigueur dont elle faisait preuve dans sa prise en charge somatique.

Elle ne se sentait pas capable d'assumer seule l'accompagnement de ces patients, tant sur le plan somatique mais surtout psychologique, et invoquait la pluriprofessionnalité.

Elle expliquait pourtant que rien ne serait possible si le médecin généraliste n'avait pas, au préalable, créer une alliance thérapeutique et un climat de confiance.

Caractéristiques de l'approche psychothérapeutique de Pq

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**

- Tenter d'appréhender l'état d'esprit du patient en prenant en compte tous les éléments du contexte dans lequel se déroule la consultation

« Vraiment ça dépend de la personnalité, du parent, du milieu, de s'il y a déjà des choses entreprises, s'ils arrivent contraint par la maman. »

- Avoir conscience que l'obésité puisse être une source de souffrance

« Être serein et bien dans leur peau en étant obèse à cet âge-là je ne pense pas que ce soit le cas. Parce qu'il y a le regard des autres et qu'ils ne sont pas encore capable de mettre de la distance par rapport au regard des autres. »

- Offrir un espace d'écoute (catégorie 2 aussi)

- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**

- Aborder l'alimentation en évitant d'être dans la restriction ou le jugement

« Pas de restriction alimentaire telle qu'on diminue les apports caloriques pour maigrir. (...) Dans un premier temps un inventaire alimentaire sans jugement. »

- Prendre en compte que l'alimentation puisse avoir un caractère social et savoir se montrer flexible quant à d'éventuels écarts en ce sens

« Parce qu'un ado si tu ne lui autorises pas d'aller boire un coca avec ses copains on est mal. »

« Et il y a le groupe, et ils sont au collège et l'Intermarché est juste à côté et on va s'acheter des bonbons avant d'aller au collège. Et on mange ça dans la cour de récré tous ensemble. »

« C'est l'intégration au groupe qui pose problème. Donc ça peut être intéressant d'aller acheter des bonbons, des gâteaux pour faire copain-copain avec les autres. »

- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**

- Porter une attention particulière au choix des mots employés

« J'ai du mal avec ce mot. Obésité. Sachant que moi-même je suis en obésité. C'est pas si simple que ça. Je vais plutôt parler de poids, de surcharge pondérale. (...) Et je ne vais pas parler chez les enfants de régime alimentaire non plus. »

- Utiliser les mesures anthropométriques pour aborder le sujet de manière neutre et délicate

« Souvent les mesures anthropométriques c'est une façon de rentrer dans le sujet tout doucement. A petits pas. »

- Proposer d'organiser un temps de consultation dédié à la problématique du poids
- Tenter d'instaurer une relation de confiance afin que le patient accepte de nous suivre dans un projet de soin pluriprofessionnel

« Dans un premier temps on sera tout seul parce qu'il faut gagner la confiance du jeune. Alors il m'est arrivé d'avoir besoin d'une équipe pluri-disciplinaire pour un jeune. »

- Envisager une prise en charge qui s'étalera dans le temps

« Ça n'empêche pas de faire un suivi de médecine générale à côté. (...) Mais bon je peux te dire que ce ne sera pas sur une seule consultation ça c'est certain. »

- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**
(non retrouvé chez cette participante)

Profil du participant n°10 (P10)

Cette participante nous a déclaré qu'elle ne percevait pas l'obésité comme une maladie mais plutôt comme le symptôme d'une problématique complexe plus profonde.

La prise alimentaire serait selon elle une réponse à de la détresse psychologique découlant souvent d'une lacune dans la parentalité. Des comportements alimentaires dysfonctionnels se construiraient alors. Elle expliquait qu'en ne donnant pas suffisamment d'attention ou en le faisant de la mauvaise manière, les parents obligeaient leurs enfants à trouver du réconfort ailleurs, notamment dans la nourriture.

« C'est un enfant en souffrance livré à lui-même et qui trouve du réconfort dans l'alimentation car c'est là où il pourra avoir son shoot d'hormone du bonheur quoi. »

Elle nous a également dit, qu'à son sens, l'enfant ou le jeune ne devenait pas sédentaire par choix. L'isolement et la solitude marquaient son quotidien. Là encore la parentalité était défaillante.

« Ils ne se rendent pas forcément compte. La violence par omission. Ils ne s'occupent jamais de leur petit. Au lieu de faire un bisou, un câlin, d'aller se promener, ils le collent devant un écran et font autre chose. »

Selon elle, l'obésité serait un état façonné par les relations familiales, l'environnement et le vécu émotionnel global. Les notions d'alimentation, de sédentarité et la psychologie étant enchevêtrées, ne devraient pas être appréhendées séparément.

« C'est un enfant qui rentre dans un cercle vicieux, avec une prise de poids qui rend plus difficile la mobilité. Plus d'essoufflement, plus d'incapacité à l'effort. Il fait de moins en moins d'effort. Il va être ensuite la risée de tout le monde à l'école ou en cours de sport. Il va encore se renfermer sur lui même et créer une barrière de protection autour de lui et continuer à se réconforter avec l'alimentation. Donc au quotidien beaucoup de sédentarité et beaucoup de solitude. »

Pour P 10, l'accompagnement psychologique et familial doit faire partie du rôle du généraliste si celui-ci cherche sincèrement à obtenir des résultats. Elle insistait sur la nécessité d'établir une relation de confiance. Une fois cette confiance acquise, P10 offrait du temps au patient et à ses proches pour qu'ils puissent raconter leur histoire de vie. Celle qui a mené à l'obésité. Elle poursuivait cette exploration tout au long de la prise en charge.

Elle percevait la pluriprofessionnalité comme un moyen permettant au patient de s'exprimer pleinement.

« Ca peut paraître redondant mais les gens des fois ils disent un truc là et puis autre chose chez moi. »

Elle expliquait qu'il était nécessaire de coupler cette discussion avec la mise en place d'objectifs pratiques. En effet, les patients s'attendent à recevoir des directives de la part du médecin et risqueraient de se sentir perdus autrement.

« Ils veulent qu'on fasse quelque chose, qu'on soit dans l'action tout de suite. Donc je mélange un peu. Certes à chaque fois je vais continuer à explorer mais je vais mettre en place des micro-objectifs avec eux. Souvent c'est euh.. manger en 20 minutes. Parce qu'ils mangent trop rapidement. Ou c'est augmenter le temps de sommeil ou alors de manger dans une assiette à dessert pour voir ce que ça fait. »

Son accompagnement passait également par un travail, auprès des familles, sur la parentalité. A son sens, chez les jeunes obèses, la souffrance psychologique pourrait résulter de comportements ou d'états d'esprits parentaux inadaptés.

Caractéristiques de l'approche psychothérapeutique de Pio

- **Exploration de l'histoire affective du patient en lien avec l'obésité (catégorie 1)**

- Explorer les mécanismes psycho-environnementaux et familiaux ayant mené à l'état d'obésité

« C'est souvent symptomatique de quelque chose, c'est pas juste une méconnaissance des règles alimentaires. Souvent, ou toujours on a une histoire de souffrance derrière tout ça. »

« Quelle est son histoire ? J'explore toujours l'histoire des enfants. Quand est-ce que ça a commencé ? Quel était le contexte initial ? »

- **Prise en compte de l'affect du patient dans la prise en charge somatique (catégorie 2)**

- Rendre le patient disponible à des soins somatiques en tenant compte de son environnement socio-familial et de ses constructions psychologiques

« Quels sont ensuite le contexte actuel de l'enfant, sa relation avec ses parents, sa famille, ses amis ? J'évoque d'abord le contexte familial, affectif de l'enfant. »

« Donc je pars toujours de ce qu'ils croient, ce qu'ils savent et je m'appuie dessus pour avancer. »

- Choisir d'aborder l'aspect nutritionnel dans un second temps

« Le point de vue nutritionnel pur et dur vient bien après tout ça hein. C'est pas ma priorité. »

- Prendre en compte l'aspect émotionnel de l'alimentation

« C'est souvent symptomatique de quelque chose, c'est pas juste une méconnaissance des règles alimentaires. Souvent, ou toujours on a une histoire de souffrance derrière tout ça. »

« Il y a toujours une histoire où...quelque chose s'est mal déroulé. Le petit s'est retrouvé à utiliser la nourriture comme doudou, réconfort, substitut d'un manque dans la famille. »

- **Amélioration du vécu patient en consultation (catégorie 3)**

- Utiliser la courbe de croissance pour aborder la problématique
- Organiser un temps de consultation dédié et suffisant
- Prévoir une prise en charge sur le long terme afin d'établir une relation de confiance, permettant au patient de se livrer ainsi qu'un meilleur vécu

« Je conseillerai déjà de créer une relation de qualité avec l'enfant. Une fois cette relation établie ils pourront être les confidents. Et quand l'enfant aura confiance en nous à ce moment-là on pourra mettre en place des choses. »

« Mais si on veut une prise en charge empathique il ne faut pas se précipiter. Même si l'enfant a une obésité grade 1 ou grade 2, oui il a des choses à faire mais progressivement. »

« Et de revoir l'enfant plusieurs fois pour créer du lien. C'est clairement pas en deux consultations que se noue tout ça. Il va falloir une prise en charge longue. »

« Une fois que la relation est là l'adhésion elle vient très facilement. S'il n'a pas confiance vous pouvez proposer ce que vous voulez ça marchera pas hein. »

- Accepter la temporalité du patient

« Et en fonction d'où ils en sont de l'acceptation du problème je propose ou pas tout de suite une consultation nutritionnelle. Je leur laisse la possibilité s'ils veulent qu'on en discute. »

« Après il y a une période un peu compliquée où il y a un peu d'affirmation de soi c'est entre 8 et 10 ans, où ils vont être pas mal dans le refus. Là on peut temporiser et voir avec l'enfant s'il veut ou pas mettre des choses en place. A ce moment-là s'il veut on fait. S'il ne veut pas je vois le parent pour qu'il modifie l'alimentation et l'activité physique mais sans stigmatiser l'enfant. Et quand l'enfant est prêt on reconsulte. »

- Adopter une attitude positive et valorisante pour donner envie au patient de poursuivre la prise en charge

« Il faut que l'enfant ait envie de revenir. Si on est dans l'injonction, dans le jugement, que du négatif, ils reviennent pas chez nous. Surtout être dans la valorisation. Il faut être dans une empathie et une posture éducative. »

- **Communication avec l'entité « famille » (catégorie 4)**

- Réussir à trianguler la discussion avec le patient et ses parents en ménageant le vécu émotionnel de chacun

« Certains même s'ils sont petits, écoutent ce qu'on dit et peuvent mal le vivre. Eux ils n'avaient conscience de rien du tout et tout d'un coup ils se disent "Mais maman qu'est-ce qu'il se passe ? Je suis gros ?". Là c'est difficile. En fonction de ce que je vois du petit, sur comment il s'intéresse à tout ça, je peux voir les parents au début sans le petit. »

- Travailler sur la parentalité

« Souvent un manque parental quel qu'il soit. Soit l'absence d'un parent, un parent qui travaille trop, soit un parent qui est tellement mal dans son corps, dans son être qu'il n'y a pas de temps à accorder à l'enfant. »

« C'est de la violence psychologique avec des phrases blessantes : "C'est un petit gros. Il est paresseux. Il ne fait que manger. Il ne sait faire que ça. A pour ça il est fort." Il y a des phrases qui sont la violence verbale du quotidien. La violence psychologique sous plein de forme possible. Ils ne se rendent pas forcément compte. La violence par omission. »

« Les enfants ne sont que le réceptacle des incompétences, des incohérences, des difficultés des parents. Souvent on nous demande comment on parle aux enfants. Mais nous souvent on parle parentalité avec les parents. Qu'est-ce que ça veut dire pour lui de donner à manger ? Comment ils jouent avec leur enfant ? Il y a énormément d'enfants qui ne mangent jamais avec leurs parents. (...) Est ce que c'est mon rôle de médecin généraliste de faire ça ? Au début je ne savais pas que c'était mon rôle. »

III-2) Analyse des résultats

Les médecins avaient de nombreux a priori concernant l'obésité, comme la présence d'un vécu négatif chez le patient en lien avec la discrimination sociale subie et leur difficulté à s'intégrer au groupe. Un faible niveau d'estime de soi était, pour eux, caractéristique de cette population.

Les notions de mal-être et de culpabilité chez les parents d'enfants obèses ont été soulevées. Les médecins pressentaient l'existence d'un déni et d'un tabou au sein des familles.

Certains participants nous ont expliqué avoir partagé des a priori communs avec le reste de la société, à savoir la causalité d'une mauvaise hygiène de vie dans l'obésité. Toutefois après avoir effectué un travail sur ces représentations, ils concluaient que l'on ne pouvait pas résumer ainsi une pathologie aussi complexe.

Des médecins ont évoqué des différences culturelles pouvant modifier le vécu de l'obésité. Ils donnaient l'exemple du surpoids normalisé dans la société réunionnaise, ou la connotation saine du corps de l'enfant en surpoids dans la communauté turque. Ils craignaient les préjugés négatifs sur l'accompagnement psychologique que pourraient avoir les patients et leur famille.

De ces a priori globalement péjoratifs il ressortait que **la plus grande difficulté éprouvée était celle ressentie lors de l'annonce de l'obésité**. Cela était expliqué par la crainte que leurs interventions ne soient perçues comme un jugement, ou de la stigmatisation. Ils ne souhaitaient pas en « rajouter une couche » chez ces patients déjà discriminés par la société.

Ils avaient conscience de l'existence d'une **composante émotionnelle dans la genèse de l'obésité**. L'une des participantes catégorisait même l'obésité de symptôme d'une problématique psycho-familiale plus profonde. D'autres médecins expliquaient rechercher un « point d'impact émotionnel » pouvant être à l'origine de la maladie.

Des médecins estimaient la **création d'une relation de confiance** comme une absolue nécessité avant de pouvoir explorer le vécu, engager les soins somatiques, ou orienter le patient efficacement. La construction de cette relation demandait de prévoir une prise en charge sur le long terme. Elle requérait également le respect du rythme propre au patient.

Afin d'améliorer le vécu de ces consultations ils reconnaissaient la nécessité d'une **justesse dans le rythme, le cadre et la temporalité** de leurs interventions. Ils tenaient compte de l'impact des précédentes initiatives sur le sujet.

En effet des interventions trop fréquentes pouvaient, selon eux, s'assimiler à une forme de harcèlement moral. D'autre part P5 nous a partagé son expérience d'enfant en surpoids, au cours de laquelle l'évocation du sujet lors de consultations pour des motifs aigus, sans aucun rapport, lui faisait ressentir que son existence était résumée à son poids sur la balance. Ainsi, choisir de soulever la problématique lors de consultations de suivi (suivi de l'enfant, certificat sportifs...ect) ou alors organiser une consultation dédiée au poids leur semblaient être de bonnes solutions.

Par ailleurs ils reconnaissent **l'importance du poids des mots** utilisés dans un souci de non-stigmatisation. Plusieurs participants nous ont raconté qu'ils utilisaient les courbes de croissance pour aborder la problématique en consultation. P3 et P9 expliquaient que cela leur permettait de matérialiser leurs propos sans utiliser de mots blessants, comme le mot obésité par exemple. Pour P7, l'utilisation de la courbe était à double tranchant car cela matérialisait surtout la sortie de la « normalité ».

La plupart d'entre eux admettaient une connexion entre les versants diététique et psychologique de l'obésité, que ce soit pour l'alimentation ou l'activité physique.

Pour les médecins interrogés, dans le déroulé de la consultation, commencer par **discuter de l'activité physique, du temps de sommeil et d'écran était préférable plutôt que de parler d'emblée d'alimentation**. Ils ne voulaient pas que le patient se sente accusé de trop manger. Ils invoquaient le caractère émotionnel et plus intime de la nourriture.

L'indulgence et la flexibilité en ce qui concerne la prise en charge nutritionnelle étaient prônées. Notre 9^{ème} participante expliquait que l'alimentation ne devait pas devenir une source supplémentaire d'isolement. Elle pouvait au contraire être un liant social. Alors, les écarts alimentaires devaient être acceptés.

Selon les participants, **l'instauration d'une pratique sportive durable** nécessitait un travail en amont. Pour la participante N°8 cela pouvait passer par des soins physiques, comme l'ostéopathie, permettant une **réconciliation avec le corps obèse**. D'autres parlaient d'un travail plus général sur **l'estime de soi**.

Ils constataient le besoin d'une **approche globale, positive et valorisante**, afin de maintenir une bonne santé mentale, ainsi qu'une bonne estime de soi chez ces patients.

Pour finir la **triangulation de la consultation avec les parents** est un sujet qui est souvent revenu. Il pouvait poser problème pour plusieurs raisons : déni, discours cupabilisant, obstruction à la prise en charge, culpabilité, sentiment de remise en cause de la qualité des soins apportés à leur enfant, remise en cause de leur mode de vie. Il ressortait un besoin de ménager le ressenti des parents.

Le travail sur la parentalité et l'éducation des parents en termes de communication étaient perçus comme une nécessité.

IV) Discussion

IV-1) Discussion de la méthode

IV-1-1) La question de recherche : construction et pertinence

La construction de cette question de recherche a demandé un long temps de réflexion. Celle-ci s'est affinée au fil de nos lectures et même après le début des entretiens. Nous sommes partis du postulat selon lequel il existait une approche psychothérapeutique propre au médecin généraliste. Bien que rares, les premiers articles la décrivant que nous ayons retrouvés remontent à 2001. Par ailleurs, le versant psycho-affectif de la pathologie obésité chez les plus jeunes suscitait notre intérêt. Les deux arguments justifiant ce choix sont les suivants :

- Il est communément reconnu qu'il s'agit d'une population stigmatisée depuis l'enfance et donc encline à la souffrance psychologique. D'ailleurs le mot grossophobie est récemment entré dans le dictionnaire (2018 pour le Robert et dans l'édition 2023 du Larousse).
- L'accompagnement psychologique fait partie des recommandations dans la prise en charge de l'obésité.

IV-1-2) Le choix de la méthode

Cette étude visait à explorer l'approche ou attitude psychothérapeutique spontanée du médecin généraliste face à des enfants ou adolescents en situation d'obésité. S'agissant d'une approche personnelle, non codifiée et parfois inconsciente, la meilleure méthode d'investigation semblait être la méthode qualitative.

IV-2) Discussion des résultats

La première chose que notre travail nous a permis de mettre en évidence est le fait que les médecins interrogés avaient réalisé, volontairement ou pas, un travail d'introspection. Ils avaient en effet connaissance de leurs a priori sur le sujet de l'obésité. Ils arrivaient même à critiquer certains d'entre eux.

Dans une importante étude réalisée en 1992, Skovholt et Ronnestad interrogent 100 psychothérapeutes afin d'explorer le développement de la compétence professionnelle. Ils poursuivent leur exploration lors d'une seconde étude publiée en 2001. De ces deux travaux, il ressort que pour arriver à utiliser ses ressources personnelles de manière compétente et authentique, les thérapeutes devaient s'appliquer à entretenir une conscience réflexive de soi. Ainsi ils utilisaient leurs expériences personnelles et professionnelles pour guider leur développement. (24)

Dans notre cas, la connaissance de ces représentations, qu'elles soient maintenues ou critiquées, guidait leur façon d'interagir avec les patients et leurs familles, la rendant plus sincère et empathique. Cela était souvent profitable au patient.

Pourtant nous avons observé que l'a priori selon lequel il existait un fort vécu négatif rattaché à l'obésité rendait le moment de l'annonce difficile. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le concept de **désirabilité sociale**. Il serait naïf de penser que le corps médical puisse en être exempté. Celle-ci est définie par Pansu et Beauvois comme « l'adéquation connue des comportements observés ou anticipés d'une personne aux motivations ou aux affects réputés des membres typiques d'un collectif social ». (25) En anticipant sur « ce que le patient pense » le médecin souhaite apparaître sous un jour favorable. Il évite d'aborder des sujets qui rendront sa compagnie peu agréable. **L'annonce d'une obésité devient difficile en ce sens.**

Dans un souci **d'amélioration du vécu des consultations**, les participants ont développé plusieurs stratégies qu'il était possible de mettre en place.

La **création d'une relation de confiance avant tout acte de soins**, ainsi que l'approche progressive, positive et valorisante étaient des points préconisés par nos sujets interrogés. Cela correspondaient *in fine* aux attentes des patients. (26)

La majeure partie des interactions médecin-patient passent par les mots. Les médecins interrogés ont souligné **l'importance qu'ils portaient au choix des mots lors des consultations**.

Pour les patients le terme « obésité » paraît trop médical. Il crée une barrière entre le médecin et le patient. Les propos tenus par le corps médical ont beaucoup d'importance à leurs yeux. Ces derniers s'attendent à un discours respectueux, non culpabilisant et dénué de jugement. Nombreuses seraient les mauvaises expériences relatives au vécu des « mots du médecin ». (26) Plusieurs de nos participants utilisaient la courbe de croissance comme stratagème au moment de l'annonce pour éviter les mots blessants. P5 s'était interrogée sur l'aspect stigmatisant de cette pratique. Un sentiment de jugement causé par l'utilisation de l'échelle d'IMC aurait été rapporté chez les patients adultes. (26)

Il serait alors légitime de se demander si un effet similaire pourrait être déclenché par l'utilisation des courbes de croissances chez les plus jeunes.

Certains participants ont proposé de **réguler le rythme de nos interventions, de n'intervenir qu'à des moments jugés adaptés, et d'organiser des consultations dédiées**. Une étude qualitative publiée en 2022 visait à explorer l'expérience du patient obèse consultant en médecine générale à l'évocation de son poids. Il ressortait que la répétition et l'omniprésence du poids détériorait la relation médecin-patient « provoquant résignation, exaspération et culpabilisation ».

« Partout où je passe, à chaque fois que je souffre de quelque chose, ils me parlent du poids. » (26)

D'autres participants nous rapportaient le choix qu'ils faisaient **d'évoquer l'activité physique avant l'alimentation**, dans une optique de non-stigmatisation. Ils avaient encore une fois visé juste. Dans la même étude sus-citée, les patients semblaient souffrir d'un sentiment de jugement particulièrement lié à des présomptions d'excès alimentaires. (26)

Si l'on se recentre ensuite sur la **prise en charge somatique**, les participants souhaitaient là aussi **prendre en compte l'affect du patient**.

Nous avons noté la présence d'un a priori, partagé par les médecins, concernant **l'aspect intime de l'alimentation**. Nous nous sommes interrogés sur son origine.

Le potentiel affectif de la nourriture est bien reconnu du grand public comme en témoigne l'écrivain Marcel Proust dans son roman « Du côté de chez Swann » avec sa célèbre madeleine. Une explication pourrait être donnée par le fait que la nourriture serait symboliquement assimilée à l'amour maternel des premiers temps de vie.

Nous pouvons ici faire le lien avec la **théorie de la confusion des affects**, modélisée par Hilde Bruch, pédiatre psychanalyste américaine dans les années 1950. Elle postulait que « la reconnaissance de nos besoins corporels, et en particulier du besoin de manger, n'est pas innée mais qu'elle s'acquiert ». Selon cette théorie certains enfants obèses seraient incapables de reconnaître le besoin physiologique de manger par défaut d'apprentissage lors des premiers mois de vie. Ils auraient alors reçu des réponses non adaptées à des demandes d'origines émotionnelles, par un apport de nourriture. Elle parlait d'obésité de développement, particulièrement répandue chez les enfants, qu'elle opposait à l'obésité réactionnelle. Cette dernière était développée en réponse à un traumatisme émotionnel, où l'hyperphagie protégeait le sujet d'une décompensation psychologique. (11)

Ce modèle a été vivement critiqué, à cause de la multiplicité des facteurs causaux de l'obésité. Pourtant il n'est pas sans intérêt. La suggestion faite par notre 10^{ème} participante d'un travail à effectuer sur la parentalité prendrait tout son sens. En effet il a été observé une plus grande facilité chez certains individus à utiliser la nourriture comme vecteur d'affectivité parentale plutôt qu'avec des mots ou des gestes de tendresse. (27)

Si l'on adopte une vision plus somatique, la nourriture, au même titre que certaines substances psychotropes, active les circuits neurophysiologiques du plaisir et de la récompense.

Nous comprenons alors que l'alimentation, par sa dimension réparatrice et apaisante, puisse faire office de substitut dans des situations avec un niveau de plaisir déficitaire. C'est sur ce principe que s'appuie le concept **d'alimentation émotionnelle**, fréquemment observé chez les sujets obèses. (28)

On le définit comme le fait « moduler la consommation d'aliment en réponse à un ressenti émotionnel plutôt qu'à celui de la faim ou de la satiété. » (29)

Autant la modélisation faite par Hilde Bruch, que le concept d'alimentation émotionnelle, semblent appuyer la démarche de **nos participants qui recherchaient des éléments explicatifs dans le vécu affectif de leurs jeunes patients obèses**.

Des participants prônaient la souplesse sur le plan nutritionnel. Pour les 6^{ème} et 9^{ème} participants, notre prise en charge nutritionnelle ne devait pas contribuer à exclure socialement ces patients en leur interdisant des choses auxquelles les autres enfants avaient le droit. P9 notamment affirmait que la **nourriture arborait parfois un caractère social, permettant au jeune patient de s'intégrer au groupe**. Dans la première partie de leur article datant de 2017 Bertin et Ostermann examinent la symbolique alimentaire. Ils décrivent l'alimentation comme un symbole socioculturel d'incorporation au groupe. Ils citent le fait commun selon lequel dans « l'ensemble des sociétés humaines, tous les événements de vie marquants sont associés à la prise d'un repas : mariage, funérailles... ». Leur second argument est celui des religions où certains aliments sont proscrits, marquant ainsi l'appartenance de l'individu à la communauté religieuse. (27)

L'activité physique, quant à elle, est le second pilier de la prise en charge somatique. Quelques participants cherchaient à promouvoir des comportements sportifs sur le long terme en effectuant **avant toute chose, un travail sur l'estime de soi et la perception du corps**.

En 2013, Sudres et al effectuent une étude auprès de 106 adolescents obèses hospitalisés en unité d'endocrinologie. Il en résulte que la plupart des adolescents obèses présentaient une perturbation de l'image du corps. Un adolescent sur deux présentait une faible estime de soi. (30)

Nos participants postulaient qu'il existe une **part psychologique à la sédentarité chez le patient obèse**.

Et en effet la dimension « insatisfaction » (dévalorisation, sentiment d'incompétence) contribuerait à expliquer l'installation de la sédentarité, lorsque « l'idée du plaisir associée à l'exercice se retrouve submergée par la difficulté et la fatigue ». (31)

La littérature actuelle suggère que « l'auto-efficacité et la compétence physique, au moins perçues, sont des facteurs de motivation et des points d'ancrage pour l'engagement de l'enfant dans une pratique physique durable ». De ce fait la promotion de l'activité physique auprès des enfants obèses ou en surpoids passe avant tout par leur redonner confiance en eux. (32)

Pour se faire notre 8^{ème} participante souhaitait proposer des soins et activités physiques personnalisés et adaptés à la condition de ces patients. Une étude pilote publiée en 2014 évaluait l'apport d'un atelier de danse-thérapie associé à un réentraînement à l'effort lors de la prise en charge de femmes en situation d'obésité. Comparativement à des femmes n'ayant bénéficié que d'une prise en charge nutritionnelle, celles ayant suivi les ateliers psychocorporels avaient une estime d'elle-même améliorée. (33)

L'activité sportive régulière, en renforçant l'estime de soi, aurait aussi un intérêt social sur le long terme.

En 2014 Lundborg, Nystedt et Dan-Olof, expliquent que cette **faible estime de soi**, sous-tendue par un vécu de stigmatisation, serait responsable de **difficultés à l'acquisition de compétences sociales chez l'adolescent obèse**. Ces adolescents n'ayant pas eu l'opportunité de développer leurs compétences sociales, auraient plus de mal lors de leur arrivée sur le marché du travail. Ils auraient aussi une plus faible capacité à obtenir des augmentations de salaire à l'âge adulte. Cela déboucherait donc sur des inégalités sociales sur le long terme. Les résultats de cette étude suédoise ont été répliqués en utilisant des données provenant du Royaume-Uni et des Etats-Unis d'Amérique. (7)

Il existe donc une relation circulaire entre confiance/estime de soi et pratique d'une activité physique. Grâce à l'activité sportive renforçant leur estime d'eux-même, on pourrait espérer avoir un impact positif sur le plan social et professionnel à plus long terme.

Pour finir les médecins interrogés voulaient porter une **attention particulière à la famille des patients**. Ici la capacité de communication des médecins était mise à l'épreuve par la **triangulation de la conversation avec les parents**.

Premièrement, les participants évitaient de se laisser piéger dans une alliance avec les parents, moralisatrice envers l'enfant. Et ils avaient raison. Encourager un tel comportement favoriserait ce qu'on appelle la **restriction cognitive**. On la définit comme « la tentative, réussie ou non, de réduire sa ration alimentaire pour atteindre un poids inférieur à son poids spontané et s'y maintenir. » C'est l'intention de manger moins pour peser moins qui crée l'état de restriction cognitive, générateur d'une insécurité intérieure. Cliniquement on observe une hypophagie chronique entrecoupée d'accès d'hyperphagie lorsque la volonté de contrôle échoue. La restriction cognitive fait souvent lit au développement d'une hyperphagie boulimique (Binge eating disorder). Les enfants y sont d'autant plus exposés car dépendants des notions restrictives de « bonne santé » véhiculées par leurs parents et parfois le corps soignant. (11) (34)

D'autre part les médecins participants ressentaient un **déni, une culpabilité chez les parents d'enfants obèses**. Ils éprouvaient le besoin d'y porter attention. Selon la littérature il existerait une importante sous-estimation par les parents du poids de leur enfant. Certains vivent l'obésité de leur enfant comme une fatalité héréditaire (10)

Il semblerait également que la notion de responsabilité parentale soit très présente dans le vécu des parents d'enfants en situation d'obésité. (35)

IV-3) Limites et forces de l'étude

Seuls 10 participants ont été interrogés sur 16 demandes. La crainte d'un manque d'expertise quant à la prise en charge psychologique de l'enfant obèse a été soulevée de nombreuses fois et pourrait expliquer les refus de participation. Toutefois un échantillon varié a pu être constitué. Le fait de choisir des médecins avec différents degrés d'expertise sur le sujet a permis de récolter des pratiques hétérogènes.

Les entretiens ont tous été menés par visio-conférence ce qui a pu en limiter la durée. Cela a, cependant, facilité l'organisation et l'adaptation aux emplois du temps des médecins, et donc leur participation.

Dans nos comparaisons à la littérature existante, nombreuses étaient les études menées chez l'adulte et non chez l'enfant. Nous avons pris parti de transposer ces résultats en tentant de rester au maximum fidèle aux particularités pédiatriques.

Il ne faudra pas négliger l'éventualité d'un biais de désirabilité sociale potentiellement présent lors de la formulation des réponses par nos participants.

On pourra souligner l'originalité de notre travail. En effet nous n'avons retrouvé que peu d'études traitant de la pratique psychothérapeutique du généraliste et encore moins dans cette population de patients.

V) Perspectives pour l'avenir et conclusion

L'introspection effectuée par les médecins généralistes et leur désir spontané de promouvoir le bien être moral sont des preuves de la qualité psychothérapeutique de leur pratique. Cette étude fait état de certains procédés constituant l'approche psychothérapeutique des généralistes dans le cadre de l'obésité infantile. La mise en relation de nos résultats avec la littérature existante nous a permis de démontrer l'intérêt de ces procédés.

La première leçon que nous pourrions retirer de cette étude ne concerne pas que l'obésité infantile. Il s'agirait de prendre conscience de l'écueil que représente la désirabilité sociale pour un médecin. Cela nous permettrait de parler plus facilement de sujets délicats tels que la consommation d'alcool, de drogues, des troubles de la sexualité.

La mise en place d'une relation de confiance, bienveillante et positive est un impondérable. Affûter son verbe et pouvoir choisir les mots justes sont des indispensables.

La fréquentation des verbatims, et la vision d'ensemble sur cette intelligence collective nous a permis d'imaginer quelques phrases d'approche que l'on pourrait utiliser.

« Aujourd'hui tu es en bonne santé. Il faut que tu grandisses mais tu n'as plus besoin de prendre du poids. »

« La balance affiche X kg. Je le note mais ce n'est pas ce qui m'intéresse le plus. Comment tu te sens toi physiquement ? Est-ce qu'il y a des choses que tu voudrais changer ou pas ? »

« Aujourd'hui tu vas bien, mais je pense qu'on pourrait faire en sorte que tu sois encore en meilleure forme. Serais-tu d'accord que l'on se revoie pour parler de ta santé, de sport, d'alimentation ? »

Le choix du moment pour aborder le sujet du poids est crucial, car il ne faudra pas y revenir à chaque consultation.

Lors de la prise en charge somatique, il ne faudra pas oublier qu'en face de nous se trouve un être humain dirigé par ses émotions et son vécu. Cette personne ne pourra, que dans de rares cas, appliquer stoïquement les recommandations diététiques à la lettre. L'instauration d'habitudes de vie plus saines, demandera une préparation sur la sphère psycho-affective que ce soit pour l'alimentation ou l'activité physique.

Pour finir, le travail sur l'environnement familial ne devra pas être négligé. Cibler les défauts de communication au sein de l'entité « famille » pourrait être efficace.

La prise en compte de cette complexité par une approche globale est désespérément attendue par les patients en situation d'obésité. (26)

Notre travail a permis de mettre en avant le potentiel et la qualité des soins dispensés par les médecins généralistes sur cette thématique. Il est destiné aux généralistes mais aussi aux autres acteurs du parcours de soins. Nous espérons qu'il servira à donner de la visibilité à ce savoir-faire, pour mieux faire ensemble.

VI) Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur l'obésité et le surpoids (En ligne) <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Consulté le 09/05/2022)
2. Santé publique France. Etude de Santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN 2014-2016). Volet Nutrition ; Chapitre Corpulence ; Stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte (En ligne) <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte> (Consulté le 09/05/2022)
3. M.Frasquet. Réseau Pédiatrique 974. Devenir des enfants suivis pour surpoids et obésité dans le cadre du réseau REPOP Réunion entre 2006 et 2012. Nutrition clinique et métabolisme. 2018 ; 32(4) : 307
4. MF Rolland-Cachera, S.Préneau – Stabilization in the prevalence of childhood obesity : a role for early nutrition. Int J Obes. 2010; 34 : 1524-1525
5. Nhingpanha-Palomba H, Chalencon V, Bonnetterre V, C.Raynaud, H.Patural. Que deviennent 10 ans après, les enfants suivis pour surpoids ou obésité ? Étude observationnelle. Arch Pédiatrie 2013 ; 20 : 731-738
6. Haute Autorité de Santé– Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandation de bonne pratique septembre 2011 (En ligne) <http://www.has-sante.fr> (Consulté le 07/08/2021)
7. P.Lundborg, P.Nystedt, D.Olof Rooth. Body size, skills and income : evidence from 150 000 teenage siblings. Demography 2014; 51(5) : 1573-1596 <https://doi.org/10.1007/s13524-014-0325-6>
8. G.Deydier. On ne naît pas grosse. Paris. Ed Goutte d'Or, 2017 – 125p
9. Société française d'endocrinologie - Collège national d'endocrinologie, diabétologie et maladie métabolique - Edition 2016
10. M.Lebleu. Vécu des parents d'enfants en situation d'obésité suivis en unité d'obésité infantile de l'Hôpital d'enfants à La Réunion. Thèse de doctorat en médecine. La Réunion, France. Université de la Réunion 2020
11. M.Le Barzic. Aspect psychologique de l'obésité. EMC (Elsevier Masson SAS Paris). Endocrinologie-Nutrition. 10-506-G-10, 2010
12. Béatrice Dubern, Karine Clément- Aspects génétiques de l'obésité - Press Med. 2007 ; 36 : 1598-1605
13. Tranché-Vergé Valérie. De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste. Attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique ? Etude qualitative auprès de 18 médecins généralistes de la Vienne. Thèse de doctorat en médecine générale. Poitiers, France, 2008
14. Lecomte.C. La clé d'une thérapie réussie ? Le thérapeute. Les grands Dossiers des Sciences Humaines. 2009 ; 15 : 32-33
15. Raphaël Hammer – La confiance dans son médecin – PrimaryCare 2006 ; 6, (18)
16. Espinoza.E « Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique ? Etude qualitative auprès des médecins généralistes de l'Oise. » - Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine d'Amiens-2018
17. D.Pouchain, C.Attali, J.De Butler, G.Clément, B.Gay, J.Molina et al. Médecine générale concept et pratique. Paris : Masson, 1996, p.111-61,
18. Collège National universitaire des enseignants d'addictologie - Item 69 Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte. (En ligne) <https://www.cunea.fr/sites/default/files/ecn69.pdf> (consulté le 29/09/2021)
19. John P. O'Reardon, Andrew Peshek and Kelly C.Allison- Night Eating Syndrome. CNS Drugs. 2005; 19(12): 997-1008

20. C. d'Autumn, D-Musher-Eizenman, E.Marinier, F.Viarne, M-L Frelut, P.Isnard. Conduites alimentaires et symptômes émotionnels dans l'obésité infantile : étude exploratoire transversale à partir d'auto-questionnaire chez 63 enfants et adolescents . Archives de Pédiatrie. 2012 ; 19 : 803-810
21. Bruce Blaine. Does Depression cause obesity? A Meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. Journal of health psychology. 2008; 13 : 1190-1197
22. Pascale Isnard. La souffrance psychologique chez l'enfant et l'adolescent obèses. Médecine clinique endocrinologie et diabète. 2012 ; 61 : 18-23
23. J-L Schlienger, F Kurtz. Prise en charge diététique de l'adolescent obèse – Médecine des maladie Métaboliques. 2016 ; 10(5) : 4338-444
24. C.Lecomte, R. Savard, M-S Drouin, V.Guillon. Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implication pour la formation en psychologie.Revue québécoise de psychologie. 2004 ; 25(3), 73-102
25. L.Cambon – Désirabilité sociale et utilité sociale. Deux dimensions de la valeur communiquée par les adjectifs de personnalité – Cairn.Info Revue internationale de psychologie sociale – 2006 ; 3(19) : 125-151
26. A.Nakrachi, P.Moyniez, M.Romon, M.Cunin, C.Berkhout, A.Tilly-Dufour. Qu'attendent les patients en situation d'obésité de leur médecin généraliste. Exercer. 2022 ; 180 : 52-57
27. E.Bertin, G.Ostermann. Comportement alimentaire et obésité : place de la symbolique alimentaire. Cahiers de nutrition et de diététique. 2017 (En ligne)
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cnd.2017.03.001> (Consulté le 08/03/2022)
28. E.Bertin, M.Barrois, F.Benzerouk, A.Pierre,X.De la Tribonnière. Intérêt d'une thérapie brève basée sur l'acceptation sensorielle des émotions pour l'alimentation émotionnelle dans l'obésité. Cahiers de Nutrition et de diététique. 2021 ; 56 : 126-130
29. S.Berthoz. Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales. European Psychiatry. 2015 ; 30 : 9-65
30. J-L Sudres; M Dupuy, F Ghrib, H Desjardins, I Hubert, M Glattard, G Diene, C Arnaud, M Tauber, B Jouret. 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. 2013 ; 61 : 17-22
31. S-E.Berthouze-Aranda, E.Reynes. La sédentarité : un processus physio-psychologique et un facteur de risque pour la santé pour tous. Science et sport. 2011 ; 26 : 191-196
32. B.C. Guinhouya, G.K Apété, H Hubert. Actualités sur les déterminants de l'activité physique habituelle (APH) de l'enfant : mise à jour et implications pour des options de prise en charge et de prévention du surpoids/obésité infantile. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2010 ; 58(1) : 49-58
33. S.Garnier, A Cazau, S.Joffroy, F.Sanguignol, P.Mauriège. Une étude pilote montrant les bénéfices de la danse-thérapie sur le comportement alimentaire et l'estime de soi de femmes obèses. Sciences et sport. 2014 ; 29 : 1-9
34. A.Cassuto, O.Ziegler. L'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Comment gère-t-on les parents ? Obes. 2006 ; 1 : 16-19
35. S.Noonan-Gunning. Social implications of weight bias internalisation : Parent's ultimate responsibility as consent, social division and resistance. Front Psychol 2019; 10 : 23-21

VII) Annexes

Annexe n°1 : Document d'information et formulaire d'opposition

INTITULE DE LA THESE :

Consultation de médecine générale et obésité chez le patient de moins de 19 ans.
Approche psychothérapeutique par le médecin généraliste.
Exploration des pratiques en région Centre Val de Loire et à la Réunion.

NOTE D'INFORMATION

Coordinateur de la recherche : Dr RUIZ Christophe

Investigateur : SALAMEH Emmanuelle

Université de rattachement : Faculté de médecine François Rabelais - Tours

Madame, Monsieur

Vous êtes invités(es) à participer à une étude menée par le département universitaire de médecine générale de la faculté de Tours.

En l'absence d'opposition, le traitement de vos données pourra être mis en oeuvre. Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles.

1. Que se passera-t-il si vous participez à l'étude ?

Vous vous entretiendrez individuellement avec l'investigateur (la durée moyenne d'entretien prévue étant de 30 minutes).

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/79 (Loi RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès , de rectification des données. En application des dispositions de l'article L111-7 du code de la santé publique, vous pouvez accéder directement à l'ensemble de vos données.

Vous serez libre de changer d'avis à tout moment, d'interrompre l'entretien ou de vous opposer par la suite au traitement de vos données sans avoir à vous justifier.

Dans ce cas vous devrez en avertir le coordinateur de cette recherche et remplir le formulaire d'opposition ci-joint.

2. Confidentialité

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données va être mis en oeuvre pour permettre d'analyser les résultats. Ces données, à savoir les enregistrements d'entretiens et leur retranscription, seront identifiés par un code. Une liste gardée secrète permettra de faire correspondre ce code à votre identité. En fin d'étude, l'équipe de recherche s'engage à détruire cette liste de correspondance. Ainsi vos données resteront définitivement anonymes.

Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

3. Quels seront les objectifs de l'étude ?

En 2016 l'OMS recense 340 millions d'enfants ou d'adolescents en surpoids ou obèses âgés de 5 à 19 ans.

En occident, jusqu'à la moitié du 19ème siècle, l'obésité était assimilée aux notions de prospérité et d'opulence. De nos jours, dans l'inconscient collectif, les représentations du sujet obèse sont toutes autres et en grande partie négativement connotées.

Les conséquences psychologiques induites par les opinions et attitudes que l'obésité suscite dans l'environnement affectif et social doivent être prises en compte.

Pour ne citer qu'eux, le harcèlement scolaire, et la grossophobie qui est une forme de discrimination sociale, ont des conséquences lourdes notamment sur les individus les plus jeunes qui y sont exposés.

Il en découle une désociabilisation et un repli sur soi.

Ce contexte psychologique global est bien reconnu à l'heure actuelle et il est communément admis qu'une démarche de soin holistique se devra d'en prendre compte.

Cette thèse cherche à explorer comment l'approche psychothérapeutique s'intègre à la consultation de médecine générale dédiée à l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ?

4. Participation à l'étude Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

La participation à cette étude ne prévoit pas de rémunération ou d'indemnisation.

6. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de, Mlle SALAMEH Emmanuelle par courriel à l'adresse suivante 16salameh@dumg-tours.fr

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

Annexe n°1 (suite)

FORMULAIRE d'OPPOSITION

A L'UTILISATION DES DONNEES POUR LA RECHERCHE

Titre de la recherche : Consultation de médecine générale et obésité chez le patient de moins de 19 ans. Approche psychothérapeutique par le médecin généraliste.
Exploration des pratiques en région Centre Val de Loire et à la Réunion

Coordonateurs de la recherche :

Docteur Ruiz Christophe
Médecin généraliste sur Neuvy Saint Sépulcre
Membre du DUMG de l'université de Tours

SALAMEH Emmanuelle
Etudiante en DES Médecine générale sur l'université de Tours

A compléter par la personne qui se prête à la recherche , **uniquement en cas d'opposition**

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom :

Prénom :

Je m'oppose à l'utilisation de mes données dans le cadre de cette recherche . Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonateur de la recherche.

Date : __/ __/ __/

Signature :

Après avoir compléter ce document, merci de le remettre au coordonateur de la recherche.

Annexe n °2 – Guide d’entretien

Bonjour Docteur. Je me présente Emmanuelle Salameh. Je suis remplaçante en médecine générale en région centre val de loire. Pour mon doctorat je mène actuellement un travail sur l’obésité infantile et adolescente. Mon travail est encadré par la faculté de médecine de TOURS et en voici l’intitulé :

**« Consultation de médecine générale et obésité chez le patient de moins de 19 ans.
Approche psychothérapeutique par le médecin généraliste.
Exploration des pratiques en région Centre Val de Loire et à la Réunion »**

Donc cette thèse cherche à explorer le point de vue des généralistes sur leur rôle dans l’accompagnement psychologique du jeune obèse mais aussi leurs pratiques.

Questions « brise glace » :

-> Pour commencer, pourriez-vous vous présenter ?

- Qui êtes-vous ? votre parcours
- Votre situation professionnelle actuelle : Durée, type d’exercice
- Avez-vous été sensibilisé, formé à la PEC de l’obésité en général au cours de vos études ou de votre carrière ?

- 1) Quand on vous parle de jeunes obèses (enfant ou ado), quelles sont les problématiques que cela vous évoque ?

Suite de l’entretien, thèmes à aborder :

- 2) Comment faites-vous pour aborder le sujet du poids avec vos jeunes patients et leurs familles ?

Éventuellement, pourriez-vous nous dire quelles difficultés peuvent se présenter alors ?

- 3) Abordez-vous l’alimentation ? Et comment en parler ? Quelles sont les choses à éviter ? Comment conseilleriez-vous votre interne par exemple ?

- 4) Si on oublie un instant le médical, comment Px décrirait le quotidien du jeune obèse en trois points ? Je vous donne un exemple. Pour moi ce serait « est essoufflé quand il coure, mange seul à la cantine, s’habille en taille adulte »

- 5) Est-ce que vous pensez qu’ils peuvent avoir plus de difficultés psychologiques ces jeunes-là ?

- 6) Comment feriez-vous pour accompagner un jeune qui vit tout ça ? Cela fait-il partie de notre rôle ou pas ?

- 7) Dans votre région quels seraient vos interlocuteurs sur le sujet ?

- 8) Concrètement si on devait rédiger ensemble un guide de bonne pratique sur le sujet de la communication avec cette population de patients, quels sont les points clés que vous retiendriez ?

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

SALAMEH Emmanuelle

Nombre de

- Pages : 67
- Tableau : 1

Résumé :

INTRODUCTION : Ces trente dernières années, le terme d'épidémie mondiale d'obésité a été employé. La France n'est pas épargnée. L'île de la Réunion est l'un des départements français les plus touchés par l'obésité infantile. Les transformations des modes de vie et d'alimentation sont spécifiquement mises en cause. Toutefois, l'origine multifactorielle de cette pathologie est une notion clé qui guide les recommandations pour une prise en charge globale. L'accompagnement psychologique est en particulier recommandé. Une approche psychothérapeutique propre au médecin généraliste a été décrite dans la littérature.

METHODE : Nous avons réalisé une étude qualitative pour explorer comment l'approche psychothérapeutique s'intégrait à la consultation de médecine générale dédiée à l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Cette étude a inclus 10 médecins généralistes de la région Centre Val de Loire et de la Réunion. Des entretiens semi-dirigés ont été menés de février 2021 à janvier 2022.

RESULTATS : Les médecins généralistes évoquaient naturellement l'aspect psycho-affectif de l'obésité. Ils exploraient l'histoire affective du patient et prenaient en compte ses affects lors de la prise en charge somatique. Une amélioration du vécu global de la consultation était recherchée, ainsi qu'un travail de communication avec la famille.

CONCLUSION : Il est établi que les médecins généralistes manifestaient, parfois spontanément, une attitude psychothérapeutique pour cette population de patients.

MOTS CLES : Obésité infantile, médecine générale, psychothérapie, recherche qualitative,