

Année : 2023

**L'ENVIRONNEMENT BIO-PSYCHO-SOCIAL DE L'ENFANT OBÈSE
À TRAVERS LES REPRÉSENTATIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Félicie CHARLES

et

Mme Mégane SAGE

Née le 20/04/1994 à Forbach

Née le 29/06/1995 à Ambilly

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 13/10/2023

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury :

Mme le Pr Anne-Laure BOREL

Membres :

M. le Pr Guillaume ROYER DE VÉRICOURT

Mme le Dr Amélie DARLEGUY

Mme le Dr Johanna BATAILLARD (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOLAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LÉTOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LÉVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAÎTRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAoui Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire

REMERCIEMENTS COMMUNS

À Madame le Professeur Anne-Laure BOREL,

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger notre travail. Aussi, veuillez recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Guillaume ROYER DE VÉRICOURT,

Nous vous remercions d'apporter votre regard pour juger notre travail. Nous vous prions de croire en notre sincère gratitude.

À Madame le Docteur Amélie DARLEGUY,

Merci d'avoir accepté d'apporter ton expertise de pédiatre sur notre travail. Nous espérons que notre thèse pourra être utile au RÉPPOP 74.

À Madame le Docteur Johanna BATAILLARD,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, qui fut une première pour toi autant que pour nous. Ta bienveillance, ta motivation et ta disponibilité nous ont été d'un grand soutien. Nous te sommes profondément reconnaissantes.

À Madame Véronique LAFORETS, docteure en sociologie,

Merci d'avoir soutenu cette thèse en y apportant ton regard de sociologue, parfois déconcertant mais ô combien enrichissant !

À nos relecteurs attentifs, Thomas, Gaspard et Christian.

Merci pour votre minutie.

À tous les médecins qui ont participé aux entretiens,

Merci de nous avoir consacré de votre temps et de nous avoir accordé une grande confiance durant les entretiens. Ce sont vos expériences qui enrichissent cette thèse.

Et à tous ceux qui, soignants comme patients, ont participé à faire de nous les médecins que nous devenons chaque jour.

REMERCIEMENTS Mégane

À *Félicie*, d'avoir accepté de réaliser ce projet à mes côtés. Merci pour ton organisation, ta motivation et ton efficacité. Je suis ravie d'avoir partagé cette thèse avec toi, je pense que je n'aurais pas pu rêver mieux comme co-thésarde !

À *mes parents* qui m'ont toujours soutenue durant ces longues études et sans qui rien n'aurait été possible. Merci de m'avoir trouvé un petit cocon à Dijon où je me suis sentie bien, merci pour tous ces petits plats préparés pour que je ne manque de rien. Merci pour tous les allers-retours à Dijon pour venir passer le week-end à mes côtés. Merci pour tous ces bons restaurants partagés. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir pu rendre possible mon rêve de petite fille de devenir Docteur. Je vous dois beaucoup, je vous aime fort.

À *ma grand-mère* pour ces échanges de snaps quotidiens. Merci pour tous les petits rituels pré examens que tu faisais pour moi et qui m'ont toujours été bénéfiques.

À *Bruno, mon cousin* qui a toujours pris de mes nouvelles régulièrement et donné de bons conseils. Merci pour ces randos pépites sur lesquelles tu nous emmenais pendant mes pauses en Haute-Savoie !

À *Laura et Victor*, mes copains de PACES avec qui on a passé 2 années stressantes mais on a bien rigolé ! Avec le recul j'en garde que de bons souvenirs. Merci Victor et ta poisse internationale de nous avoir fait autant rire.

À *mes copines* de Dijon, Marion, Camille, Maud, connues en P2 et plus jamais séparées. Ces longues années de fac auraient été tellement tristes sans vous. Merci d'avoir été là, merci pour tous ces bons moments réconfortants passés ensemble.

À *Marion* pour ces après-midis révisions de D4, les runs ensemble, les mugcakes...

À *Camille* pour toutes ces soirées sushis à raconter nos vies.

À *Marie, Anne-Lyne et Margot*, connues plus tardivement mais avec qui nous avons passé de très bons week-ends de retrouvailles depuis la fin de l'externat. J'espère que ces rendez-vous bisannuels vont perdurer encore et encore.

À *Émeline*, le hasard d'une rencontre Blablacar et une amitié qui dure depuis.

Aux internes que j'ai connus en stage ou ailleurs.

À *Audrey et Xavier*, mes premiers co-internes pour ce semestre pas si facile aux urgences.

À *Mathilde et Annick*, le semestre de gériatrie a été parfait à vos côtés.

À *Clotilde et Élodie*, mes co-internes de dermato qui m'ont beaucoup appris de cette spécialité.

À *Coline*, avec qui on a partagé nos galères de l'internat et de nombreux covoit' pour les allers-retours à Grenoble.

À *tous les médecins et personnels hospitaliers* rencontrés le long de mon parcours qui m'ont transmis leurs connaissances et bien plus.

À *tous les patients* rencontrés qui m'ont permis d'apprendre et d'évoluer à leurs côtés.

Enfin, à *Thomas, mon amour*. Merci pour ton soutien sans faille, merci de m'avoir accompagnée depuis le début de ces études qui sont exigeantes. Merci d'avoir accepté tous les sacrifices que j'ai dû faire. Merci pour tous les week-ends passés ensemble à Dijon qui étaient si importants pour moi et mon moral. Merci d'avoir toujours cru en moi. Il est certain que sans toi je n'aurais pas eu la force d'arriver jusqu'ici. Merci pour la relecture de mes traces mais aussi de cette thèse et tes conseils. Merci pour tout, je t'aime.

REMERCIEMENTS Félicie

À *Mégane*. Je suis heureuse que le hasard t'ait mise sur ma route. Je crois que malgré nos différences nous avons réussi un bien beau travail d'équipe ! Je te souhaite tout le bonheur du monde.

Aux soignants qui ont su me former et m'accompagner, malgré ma timidité malade des débuts.

L'UPL d'Ugine.

Les équipes des urgences, de médecine B, de gynécologie et de pédiatrie de Sallanches.

Le SASPAS de Marnaz.

Et surtout, merci à Nadège, qui a su transformer mon stage lointain à la Mure en une expérience formidable et formatrice, tu es un exemple pour moi.

Aux patients et leur entourage, qui ont accepté de laisser une presque médecin prendre soin d'eux.

Aux copains.

D'abord ceux plus anciens, ceux du début, Mathilde, Anne-Pierre, Bidou, Florian et Martin. Quand je pense au mot amitié, c'est encore vous que cela m'évoque, malgré le temps, la distance et les idées qui nous séparent.

Et puis à Mathilde, le confinement puis mon exil à la Mure auront eu l'avantage de nous rapprocher. Ton amitié m'est précieuse, ton cynisme est délectable.

Et enfin aux copains du quotidien, qui n'ont rien à voir avec la médecine (et c'est très bien !), Amélie, Cédric, Morgane, Yohan et les voisins !

Aux Éclés de la Croix-Rousse, qui se sont trouvés au bon moment au bon endroit quand j'avais besoin de retrouver un monde plus en lien avec mes valeurs et mes convictions.

À *ma Maman*. Merci pour toutes ces lettres et ces colis. Je suis contente de te savoir enfin heureuse, libre et épanouie dans ta vie. Il y manque juste un petit lapin...

À *Papi et Mamie*. Merci d'avoir été ce pilier immuable, de m'avoir chouchoutée pendant ces 10 années où je suis venue réviser des examens, des concours toujours plus difficiles.

À *Véro et Christian*. Merci pour votre relecture de cette thèse, mais surtout merci d'être là et d'exister dans ma vie. Si je vous avais choisis, je ne vous aurais pas voulus différents.

À *Gaspard*. Je clôture une page de ma vie que j'avais commencée sans toi il y a 11 ans, à nous d'en ouvrir de nouvelles. Je t'aime.

Et aussi, surtout, à moi.

Table des matières

RÉSUMÉ.....	12
ABSTRACT.....	13
Liste des abréviations.....	14
I. Introduction.....	15
A. Obésité.....	15
1. Définition.....	15
2. Épidémiologie.....	17
3. Facteurs de risques.....	18
4. Conséquences et coûts.....	22
5. Prévention.....	24
B. Modèle bio-psycho-social.....	25
C. Médecin généraliste.....	28
1. Définition.....	28
2. Place dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique.....	29
D. Représentations.....	31
1. Définition sociologique.....	31
2. Application à la médecine.....	33
II. Méthodologie.....	36
A. Type d'étude.....	36
B. Guide d'entretien.....	36
C. Population étudiée.....	36
D. Analyse des données.....	37
III. Résultats.....	39
A. Les entretiens.....	39
1. Déroulement des entretiens.....	39
2. Caractéristiques de l'échantillon.....	40
B. Analyse des résultats.....	40
1. Une patientèle spécifique en Haute-Savoie.....	40
2. Un diagnostic facile, source d'incompréhension.....	41
a. Un diagnostic facile à poser pour le médecin.....	41
b. Des conseils relevant du bon sens.....	44
3. Une annonce difficile pour tous.....	46
a. Choisir d'annoncer le diagnostic... ou non ?.....	46
b. Un diagnostic qui remet l'avenir en question.....	47
c. La notion d'échec.....	48
d. Le déclic.....	49
4. Les causes de l'obésité.....	51
a. Une prédisposition biologique.....	51
b. La triade alimentation, sédentarité, écrans.....	51
c. Des causes moins évoquées.....	52
d. L'impact du milieu social.....	53
e. L'émotion comme cause de l'obésité ?.....	54
f. Les habitudes de vie de la société.....	56
5. Un entourage pas toujours aidant.....	57
a. Le schéma familial.....	57
b. L'obésité comme norme familiale.....	58
c. Être le seul obèse de la famille.....	60

d. Des adultes qui font au plus simple.....	61
6. Le schéma victime, sauveur, coupable.....	63
a. La victime.....	63
b. Les coupables.....	63
c. Le sauveur.....	64
7. Manger, une action aux multiples facettes.....	65
a. Les représentations de l'alimentation.....	65
b. La comparaison aux addictions.....	66
8. L'image du corps dans la société.....	67
a. Les représentations des parents du corps de leur enfant.....	67
b. L'image du corps et de la personne obèse dans la société.....	68
9. Le médecin en lui-même.....	70
a. L'image du médecin.....	70
b. Être impacté par sa vie personnelle.....	71
10. L'enfant en situation d'obésité.....	71
a. Les émotions de l'enfant.....	71
b. La particularité de l'adolescent.....	74
c. L'accès aux vêtements.....	75
11. Le milieu médical.....	75
a. Exercer en zone rurale.....	75
b. Perception de l'enfant par le médecin.....	75
c. La consultation de médecine générale.....	76
d. Perception de la grossophobie médicale.....	78
12. La scolarité.....	78
a. L'activité physique à l'école.....	78
b. La cantine.....	79
c. Les enfants entre eux.....	79
d. Le parcours scolaire.....	80
IV. Discussion.....	81
A. Aspects méthodologiques.....	81
1. Limites de l'étude.....	81
2. Forces de l'étude.....	82
B. Discussion autour des résultats de l'étude.....	82
1. La place des émotions.....	83
2. La grossophobie.....	85
3. L'impact du sommeil.....	89
4. Coût de l'alimentation.....	89
5. Le syndrome du sauveur.....	92
C. Intérêt pour le RéPPOP 74.....	95
D. Perspectives.....	97
V. Conclusion.....	98
VI. Bibliographie.....	101
VII. Annexes.....	106
A. Guide d'entretien.....	106
B. Fiche d'information remise aux médecins participants.....	108
C. Fiche de non-opposition remise aux médecins participants.....	110
D. Résumés des entretiens.....	111
E. Serment d'Hippocrate.....	118

RÉSUMÉ

Introduction. L'obésité pédiatrique a une origine multifactorielle, impliquant des facteurs de risque biologiques, psychiques, sociaux. Chaque groupe social en a une représentation différente, qui impacte la façon d'agir et de communiquer avec les enfants en situation d'obésité et leurs parents.

Objectif. S'intéresser aux représentations de l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse des médecins généralistes, afin d'améliorer la prise en charge globale.

Méthode. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Haute-Savoie formant un échantillon en variation maximale, jusqu'à saturation des données, de janvier à avril 2023. Analyse par méthode inductive générale.

Résultats. L'enfant obèse est perçu comme un enfant ayant des mauvaises habitudes alimentaires, sédentaire, passant du temps devant les écrans. Il est souvent issu d'un milieu social défavorisé et toute sa famille est obèse. L'école est un lieu de grossophobie, de la part des autres enfants mais aussi des professeurs de sport. L'enfant obèse souffre physiquement et psychologiquement, et ceci s'accroît à l'adolescence. Il est isolé socialement, mal dans sa peau. Les médecins soulignent la responsabilité des parents, vecteurs de mauvaises habitudes du quotidien, mais aussi soumis à l'influence de la publicité.

Discussion. Les médecins de notre échantillon ont du mal à appréhender le lien entre émotions et obésité. La relation entre médecin, enfant et parents peut être schématisée selon le triangle de Karpman « sauveur, victime, persécuteur ». L'existence de grossophobie au sein du milieu médical est prouvée, mais certains médecins n'ont pas conscience de son existence.

Conclusion. L'étude de l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse a permis de mettre en évidence des mécanismes de pensée et des représentations qui peuvent nuire à la relation de soin et à la prise en charge. Le RÉPPOP 74 étant en train de former des médecins, il pourrait être utile d'insister sur ces points lors des prochaines formations.

Mots-clés : obésité de l'enfant ; médecin généraliste ; représentations sociales ; environnement bio-psycho-social.

ABSTRACT

Context. Pediatric obesity has a multifactorial origin, involving biological, psychological and social risk factors. Each social group has a different representation of it, which has an impact on the way it acts and communicates with obese children and their parents.

Aim. Take an interest in the representations of the bio-psycho-social environment of the obese child of general practitioners, in order to improve overall care.

Method. Qualitative study by semi-structured interviews with general practitioners from Haute-Savoie forming a sample with maximum variation, until data saturation, from January to April 2023. Analysis by general inductive method.

Results. The obese child is perceived as a child with bad eating habits, sedentary, spending time in front of screens. He often comes from a disadvantaged social background and his whole family is obese. School is a place of grossophobia, from other children but also from sports teachers. The obese child suffers physically and psychologically, and this is accentuated in adolescence. He is socially isolated, uncomfortable in his own skin. Doctors emphasize the responsibility of parents, vectors of bad daily habits, but also subject to the influence of advertising.

Discussion. Doctors in our sample have difficulties to understand the link between emotions and obesity. The relationship between doctor, child and parents can be schematized according to Karpman drama triangle “rescuer, victim, persecutor”. The existence of grossophobia within the medical profession is substantiated, but some doctors are unaware of its existence.

Conclusion. The study of the bio-psycho-social environment of the obese child has revealed thinking mechanisms and representations that can harm the care relationship and the medical care. As RÉPPOP 74 is currently training doctors, it would be relevant to insist on these points during future training.

Keywords : childhood obesity ; general practitioner ; social representations ; bio-psycho-social environment.

Liste des abréviations

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

ANSP : Agence Nationale de Santé Publique

ASALEE : Action de Santé Libérale en Équipe

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSO : Consultation Suivi de l'Obésité

COVID-19 : Coronavirus Disease

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ENNS : Étude Nationale Nutrition Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : hypertension artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IOTF : International Obesity Task Force

MPF : Minimally Processed Food products

OMS : Organisme Mondial de la Santé

OBÉPI : Obésité Épidémiologie

PNNS : Plan National Nutrition Santé

RÉPPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

UPF : Ultra Processed Food products

I. Introduction

Cette thèse s'intéresse à la fois à l'obésité infantile et aux représentations qui lui sont liées. Elle s'adresse autant à un lecteur issu du milieu médical qu'à un lecteur sociologue. L'introduction reprend donc les bases de la notion d'obésité et de la notion de représentation. Un lecteur néophyte dans un de ces deux domaines pourra donc comprendre l'intérêt des deux versants, sociologique et médical, de la question de recherche.

A. Obésité

1. Définition

L'obésité et le surpoids sont définis par l'OMS comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » (1). Le diagnostic repose sur le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), qui correspond au rapport du poids (en kg) sur

la taille (en m) au carré.

$$IMC = \frac{Poids}{Taille^2}$$

Chez l'adulte, l'interprétation de l'IMC ne dépend pas de l'âge. Il s'interprète ainsi :

- IMC < 18,5 : maigreur
- 18,5 < IMC < 25 : corpulence normale
- 25 < IMC < 30 : surpoids
- IMC > 30 : obésité

L'IMC ne permet pas de prendre en compte le taux de masse grasse et de masse maigre. Il n'est donc pas pertinent pour les personnes avec une musculature hors norme.

Chez l'enfant, il n'est pas possible de définir un seuil fixe pour définir le surpoids ou l'obésité car la corpulence physiologique de l'enfant varie avec l'âge et la croissance de manière non linéaire.

L'International Obesity Task Force (IOTF) a élaboré en 2000 des courbes dites « courbes IOTF 25 et 30 ». Elles ont été établies suite à une étude transversale réalisée dans 6 pays à l'aide d'échantillons représentatifs dans chaque pays (2). Les valeurs de l'IOTF sont extrapolées à partir de celles de l'adulte, la courbe de l'IOTF 25 fait référence à un IMC à 25 à l'âge adulte. Depuis 2018, ce sont les courbes IOTF qui sont présentes dans les carnets de santé. Il est intéressant de noter que les mots « obésité », « surpoids », et « maigreur » sont présents sur les courbes de croissance, ce qui n'était pas le cas avant 2018.

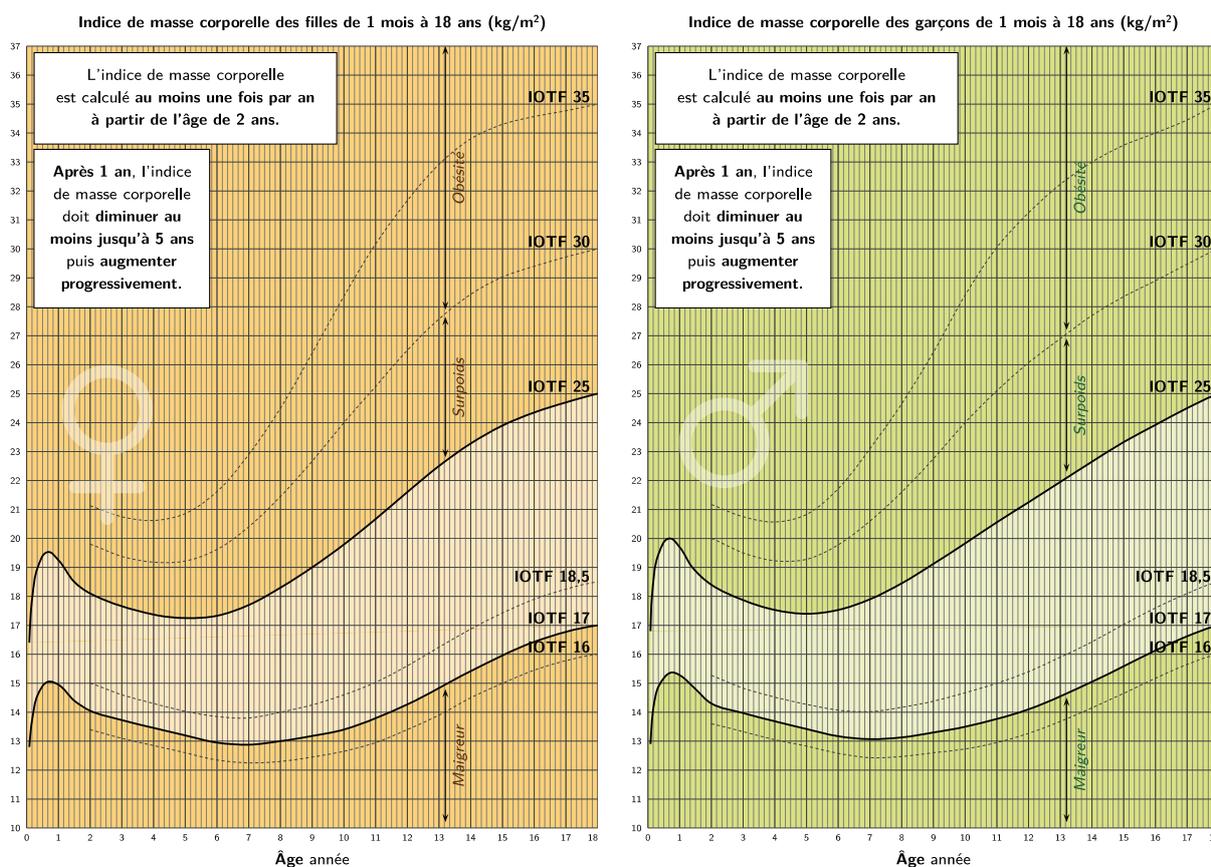


Figure 1: courbes d'IMC des carnets de santé depuis 2018 (à gauche : filles ; à droite : garçons)(69)

Les courbes IOTF, de 2 à 18 ans, sont définies ainsi :

- IMC sous la courbe IOTF-17 : maigreur
- IMC entre les courbes IOTF-17 et IOTF-25 : corpulence normale
- IMC entre les courbes IOTF-25 et IOTF-30 : surpoids
- IMC au-dessus de la courbe IOTF-30 : obésité

D'après les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2022, il est préconisé de calculer l'IMC au moins annuellement chez tous les enfants, et même de façon biannuelle à partir de 3 ans s'il y a un risque d'obésité (3). L'IMC doit ensuite être reporté sur la courbe du carnet de santé, différente selon le sexe.

2. Épidémiologie

À l'échelle mondiale, d'après l'OMS, la prévalence globale de l'obésité a triplé entre 1975 et 2016 (1). Une étude de l'Imperial College London et de l'OMS publiée en 2017 dans le Lancet (4) s'est intéressée à l'évolution de l'IMC des enfants entre 1975 et 2017. En 1975, 1 % des enfants étaient en situation d'obésité (11 millions d'individus) contre 7 % en 2016 (124 millions d'individus). Si l'on prend en compte à la fois le surpoids et l'obésité, la prévalence était de 4 % en 1975, contre 18 % en 2016 dans le monde.

L'épidémie d'obésité n'est pas spécifique des pays dits « à haut niveau de revenus », mais touche l'ensemble de la planète. Ainsi, le nombre d'enfants obèses en Afrique a augmenté de 24 % entre 2000 et 2016 (5).

En France, deux études à grande échelle ont été réalisées dans le cadre du Plan National Nutrition Santé (PNNS). Il s'agit de l'Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS) en 2006, puis de l'Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (Étude Esteban) de 2014 à 2016. D'après l'étude Esteban (6), la prévalence chez les 6-17 ans est de 13 % pour le surpoids et 4 % pour l'obésité. Dans l'ENNS, la prévalence chez les 6-17 ans est de 14,3 % pour le surpoids et de 3,5 % pour l'obésité. On notait donc une stabilisation de l'obésité pédiatrique depuis le milieu des années 2000 en France.

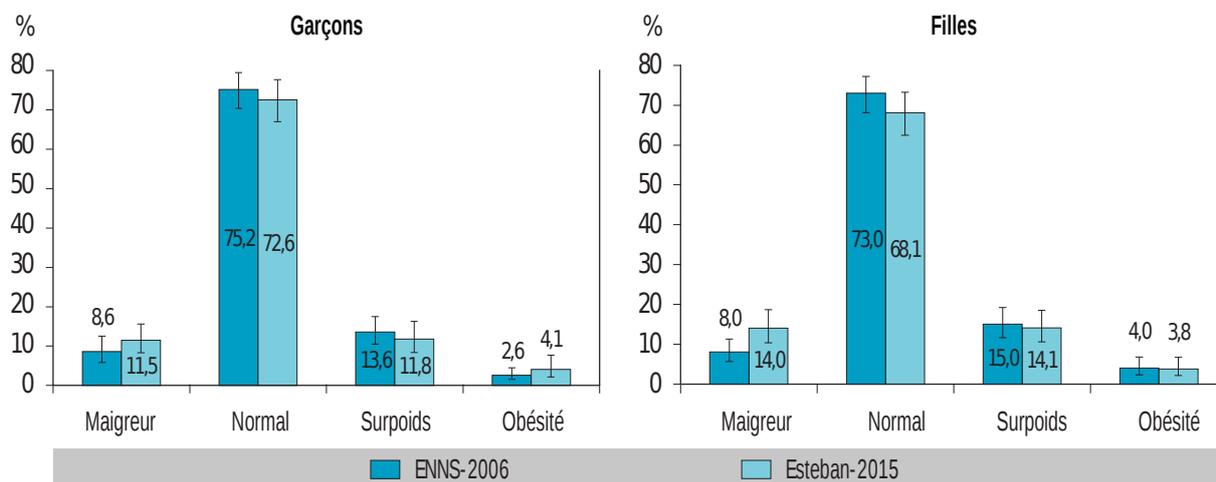


Figure 2: Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe, comparaison ENNS 2006 / Esteban 2015 (6)

Plus récemment, une étude publiée en 2022 dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) a étudié l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19 sur le statut pondéral des enfants de 4 ans, entre 2018 et 2021 (7). La proportion d'enfants en surpoids était significativement plus importante en 2020-2021 (11,2 % de surpoids et 4,6 % d'obésité) par rapport aux années 2018-2019 (8,6 % de surpoids et 2,8 % d'obésité). Cette nouvelle tendance à la hausse est confirmée par la version 2021 de l'enquête ObéPi (Obésité Épidémiologie) (8) :

- 16 % des enfants de 2 à 7 ans sont en surpoids, et 18 % sont obèses
- 15 % des enfants de 8 à 18 ans sont en surpoids et 6 % sont obèses

3. Facteurs de risques

Il existe certaines situations où la cause principale de l'obésité peut être identifiée : (9)

- obésité monogénique : principalement au niveau du gène de la leptine ou du gène MC4R ;
- obésité syndromique : syndrome de Prader-Willi, syndrome de Bardet-Biedl... ;
- maladies endocriniennes : hypothyroïdie, syndrome de Cushing, syndrome hypothalamique ;
- causes iatrogènes : traitement par corticoïdes oraux, psychotropes, œstro-progestatifs.

D'après les recommandations de bonnes pratiques de la HAS de 2011 (10), il faut rechercher une de ces causes d'obésité secondaire lorsque sont retrouvés :

- une hypotonie néonatale ;
- un retard du développement ou un retard mental non étiqueté ;
- un syndrome dysmorphique ;
- un trouble précoce du comportement alimentaire ;
- un rebond d'adiposité très précoce (avant 3 ans) ;
- des signes d'hypogonadisme (micropénis par exemple) ;
- une malformation congénitale majeure associée.

En dehors de ces situations, on parle d'« obésité commune », qui correspond, chez un individu génétiquement prédisposé, à une absence d'équilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, dans un environnement bio-psycho-social favorisant. C'est ce type d'obésité qui est en augmentation dans le monde.

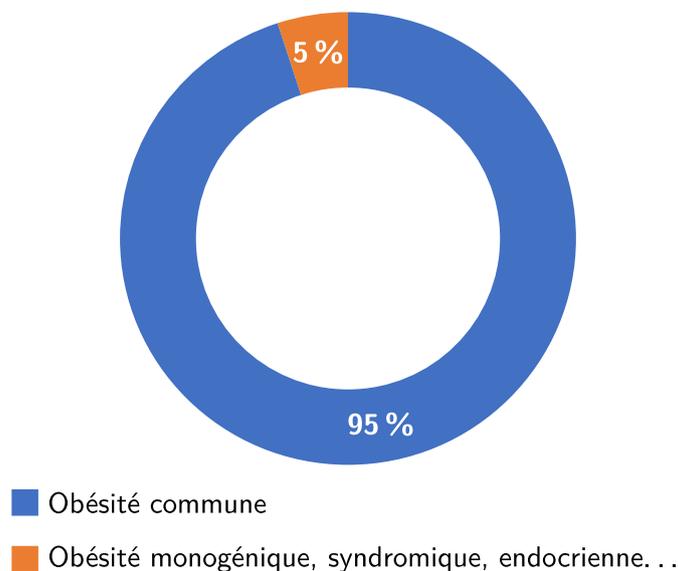


Figure 3: Répartition des types d'obésités

De nombreux facteurs de risque de développer une obésité ont été mis en évidence. Il faut néanmoins rester vigilant sur la notion de facteur de risque : il s'agit d'un élément associé à

une augmentation de la probabilité de développer la maladie. Il ne s'agit pas systématiquement d'un lien de causalité, et encore moins d'un lien de causalité directe. Des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques, comportementaux, sociaux et environnementaux sont impliqués et interviennent lors des différentes étapes du développement de l'enfant.

Les facteurs anténataux associés à un sur-risque d'obésité font consensus : (9,11–15)

- surpoids ou obésité maternelle en début de grossesse ;
- prise de poids excessive pendant la grossesse ;
- tabagisme pendant la grossesse ;
- diabète gestationnel ;
- macrosomie ou petit poids pour l'âge gestationnel.

La physiopathologie anténatale n'est pas expliquée clairement, mais met probablement en jeu la régulation épigénétique.

De la naissance à 2 ans, l'enfant est particulièrement vulnérable et sensible à son environnement. Le concept des « 1000 premiers jours », allant de la conception aux 2 ans de l'enfant, se base sur ce constat et vise à informer et accompagner les parents pendant cette période.

Facteur protecteur :

- allaitement maternel : il n'y a pas de consensus dans les études, du fait de potentiels biais de confusion (16). Le caractère protecteur pourrait être dû à sa faible teneur en protéines, l'excès de protéines augmentant le risque d'obésité (11,17). Il permettrait aussi un meilleur contrôle de la satiété et donc une meilleure régulation des apports. (11,18)

Facteurs de risque : (11,18)

- diversification avant 4 mois ;

- apports de protéines animales excessifs (dont le lait de vache) ;
- poids de naissance élevé et prise de poids importante lors de la première année (19).

Pendant le reste de l'enfance, il existe d'autres facteurs de risque : (16,18)

- la sédentarité ;
- le temps passé devant les écrans, d'autant plus quand l'enfant est soumis à de la publicité ;
- une mauvaise hygiène de sommeil : lorsque l'organisme est « fatigué », il produit moins de leptine (hormone de la satiété) et plus de ghréline (hormone de l'appétit) ;
- les situations de stress physique (état inflammatoire chronique) et psychique (dépression, troubles anxieux, évènements de vie traumatiques) ;
- une alimentation déséquilibrée ;
- situation de handicap ;
- situation de surpoids, d'obésité ou de chirurgie bariatrique dans la famille proche (3) ;
- troubles du comportement alimentaire.

Concernant l'alimentation, certains facteurs participent à l'augmentation de l'obésité :

- la déstructuration des rythmes de vie et des repas, qui ne sont pas systématiquement pris à table ni à la maison ;
- la prise de repas devant un écran, qui perturbe le message de satiété ;
- l'omniprésence d'une alimentation hypercalorique, riche en graisse, en sel, en sucre, en aliments ultra transformés, pauvre en fibres (20) ;
- la consommation régulière de boissons sucrées ;
- la normalisation des portions de grande taille (21).

Le rapport de la Cour des Comptes concernant la prévention et la prise en charge de l'obésité de novembre 2019 note des inégalités sociales marquées en épidémiologie de l'obésité infantile. (22)

- Le temps passé devant les écrans est plus élevé dans les milieux défavorisés.
- Le temps dédié à l'activité physique est moins élevé dans les milieux défavorisés.
- Les apports alimentaires sont plus éloignés des recommandations du PNNS dans les milieux défavorisés.
- Plus le niveau d'étude des parents est bas, plus le risque d'obésité de l'enfant est élevé.

Dans ses recommandations de 2022 (3), la HAS retient également les situations de vulnérabilité sociale, économique, financière, familiale, scolaire, comme étant des situations à risque d'obésité.

Les études commencent à s'intéresser à l'impact du microbiote et des polluants dans le développement de l'obésité.

4. Conséquences et coûts

La probabilité de rester obèse à l'âge adulte varie selon les études, de 20 à 50 % avant la puberté, à 50 à 70 % après la puberté.

L'obésité est associée à un risque augmenté de comorbidités pendant l'enfance, l'adolescence et secondairement à l'âge adulte. Ces conséquences sont résumées par la HAS dans une fiche de recommandations au sujet de l'obésité pédiatrique : (10)

- complications psychopathologiques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles du comportement alimentaire, addictions (23–25) ;
- complications cutanées : vergetures, acanthosis nigricans, mycoses, hypertrichose chez la jeune fille ;
- complications orthopédiques : épiphysiolyse fémorale supérieure, genu valgum, pieds plats, douleurs articulaires diffuses (26) ;

- complications cardio-respiratoires : hypertension (HTA), asthme, apnée du sommeil ;
- complications endocriniennes : puberté avancée, syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) (fille) ; puberté tardive, verge enfouie, gynécomastie (garçon) (9) ;
- complications métaboliques : dyslipidémie, stéatose hépatique, insulino-résistance, diabète de type 2 (27), lithiase biliaire ;
- sur-risque de cancer à l'âge adulte : cancer du sein, de l'endomètre, de l'ovaire, de l'œsophage, du carrefour aérodigestif, du rein, de la prostate, du pancréas, du foie, du côlon et rectum, de la vésicule biliaire (21) ;
- difficultés globales dans la réalisation des actes du quotidien, y compris dans le cadre des études et de l'emploi ;

La plupart des conséquences de l'obésité pédiatrique se manifestent à l'âge adulte, les coûts économiques ne peuvent donc s'évaluer pertinemment qu'à l'âge adulte. D'après une lettre de 2016 de la Direction Générale du Trésor Public (28), le coût social de l'obésité était estimé à 20 milliards d'euros en 2012, contre 4 à 6 milliards d'euros en 2002.

D'après une étude réalisée par le cabinet IMS Health, l'impact économique de l'obésité est évalué à 2,6 % du produit intérieur brut (PIB) en France, soit plus de 50 milliards d'euros, avec un surcoût de 5 milliards pour l'Assurance maladie. La grande variation de ces chiffres est expliquée par la complexité de cette pathologie, et par l'absence de base de données précise concernant l'obésité.

Différents éléments composent ce coût social :

- coûts sanitaires : soins de ville, soins hospitaliers, indemnités journalières dues aux arrêts maladie, pensions d'invalidité, dépenses de prévention ;
- coûts externes ou indirects, correspondant à la perte de productivité : taux de chômage plus élevé, absentéisme au travail ;

- les coûts évités, ou « gains » liés à l'obésité : taxes nutritionnelles, retraites non versées du fait des décès prématurés.

5. Prévention

Dès 1946, l'OMS a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmités. » (29)

Plus récemment, l'OMS met en avant la santé de l'enfant dans ses priorités : « Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement. »

L'éducation à la santé est un ensemble de pratiques et de moyens pédagogiques qui visent à promouvoir un mode de vie et des pratiques qui ont pour but de maintenir une bonne santé. On peut l'assimiler à de la prévention primaire de manière globale. Elle dépasse largement le cadre de la relation médecin-patient et peut impliquer d'autres acteurs de la santé, comme l'Éducation Nationale, l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP).

En France, plusieurs acteurs de santé publique s'impliquent dans la lutte contre l'obésité. Les moyens d'information sont multiples et visent à promouvoir la santé de manière globale. Pour lutter contre l'épidémie d'obésité, différentes campagnes d'information ont été mises en place ces dernières années par l'ANSP. On peut citer par exemple, le site internet « mangerbouger.fr », les campagnes publicitaires de santé publique « Manger 5 fruits et légumes par jour », « Manger moins gras, moins salé, moins sucré ».

De même, le ministère de l'Éducation Nationale s'implique dans la lutte contre l'obésité. Des cours d'éducation à la santé sont proposés aux élèves. Le programme de l'Éducation Nationale comprend une campagne appelée « Parcours éducatif de santé ». Son objectif est de « prépare[r] les élèves à prendre soin d'eux-mêmes et des autres, à devenir des citoyens responsables en matière de santé individuelle et collective. » Deux des axes pédagogiques agissent sur l'obésité, via la promotion de l'activité physique et l'éducation à l'alimentation et au goût. (30)

Le Plan National Nutrition Santé a été instauré en 2001 par l'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments) qui est ensuite devenue l'ANSP (Agence Nationale de Santé Publique). Son but est de promouvoir une alimentation saine. Il est réactualisé régulièrement pour s'adapter aux nouvelles données de la science, aux moyens de communication d'actualité, et aux résultats du PNNS précédent. Le plan actuel est le quatrième : il s'agit du PNNS 4, qui court de 2019 à 2023.

B. Modèle bio-psycho-social

Le modèle bio-psycho-social a été proposé pour la première fois il y a plus de 40 ans par Georges Libman Engel (31,32). Il est considéré comme un élargissement du modèle biomédical, celui-ci étant linéaire, où la pathologie est expliquée uniquement de manière scientifique, biologique. Dans le modèle bio-psycho-social, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux interagissent ensemble, simultanément, et sont responsables du maintien de la santé ou du développement d'une pathologie. Ce modèle circulaire permet, en même temps qu'il nécessite, de prendre en charge le patient dans sa globalité. (33)

L'environnement de l'enfant peut être défini par tout ce qui l'entoure au quotidien. Les principaux acteurs sociaux de l'environnement de l'enfant sont :

- sa famille ;
- l'école : comprenant ses camarades, les enseignants, la cantine scolaire, le sport à l'école ;
- les soignants : le médecin généraliste, l'infirmière scolaire, le dentiste... ;
- la société dans son ensemble : le voisinage, les acteurs éducatifs non scolaires (périscolaire, clubs extrascolaires, centres de vacances...) ;
- les instances politiques (politiques de santé publique, de transport...) ;
- l'industrie alimentaire ;
- les médias.

Selon le rapport de 2006 du Conseil National de l'Alimentation, il existe 4 niveaux de facteurs de risques d'obésité, qui peuvent être assimilés aux différents acteurs de l'environnement de l'enfant : (34)

- facteurs individuels ;
- facteurs liés à la famille ;
- facteurs liés au micro-environnement de l'individu : amis, collègues, lieu de travail, école ;
- facteurs sociétaux, culturels, politiques, législatifs, l'urbanisme.

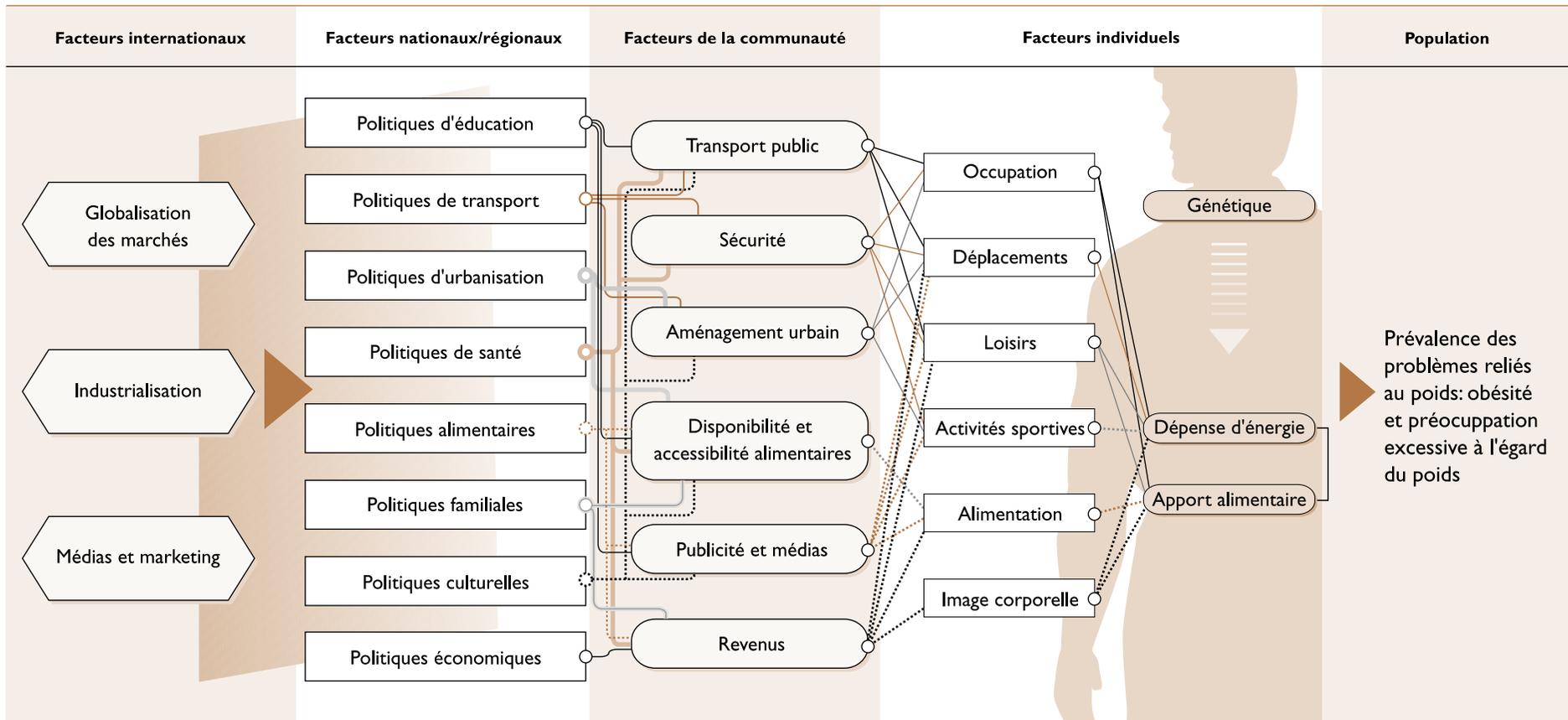


Figure 4: Toile causale des facteurs influençant la prise de poids (68)

L'interaction de tous ces facteurs montre à quel point le modèle bio-psycho-social est adapté à l'étude de l'obésité. Le développement de l'obésité commune n'est pas unifactoriel, mais bien la conséquence de multiples facteurs qui dépassent l'échelle de l'individu. C'est la conséquence individuelle de facteurs à la fois sociaux et personnels. Prenons l'exemple du schéma simplifié du déséquilibre entre apports et dépenses énergétiques : les politiques d'aménagement urbain peuvent favoriser le déplacement à pied ou à vélo, et donc la dépense énergétique. A contrario, l'autorisation de publicité pour des aliments à haute teneur calorique sur les chaînes de télévision à destination des enfants risque d'augmenter indirectement leurs apports caloriques.

C. Médecin généraliste

1. Définition

Le médecin généraliste est un médecin de premier recours qui prend en charge sa patientèle dans sa globalité et de façon durable. Il joue un rôle dans le diagnostic et le traitement des pathologies aiguës ou chroniques. La prévention a également une place importante chez le médecin généraliste, il peut ainsi favoriser la promotion et l'éducation pour la santé.

Depuis l'instauration de la notion de « médecin traitant » en 2004, il a aussi pour mission de coordonner les soins avec les autres spécialistes. La médecine générale répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale et culturelle.

(35)

Dans la pratique, le médecin traitant – de famille – généraliste, reste le médecin le plus facile d'accès, il est celui qui connaît le mieux le patient, en particulier chez les patients sans maladie chronique. Son rôle de suivi au cours de la vie lui permet d'avoir un contact régulier avec le patient et de tisser des liens de confiance. Il est donc théoriquement le soignant le plus à même de passer des messages de prévention et de faire du dépistage, car il a la possibilité de répéter les informations, et de les adapter au patient qu'il connaît.

2. Place dans la prise en charge de l'obésité pédiatrique

Le médecin traitant de l'enfant, qu'il soit pédiatre ou médecin généraliste, a une place primordiale dans la prévention, le dépistage et le suivi de l'obésité pédiatrique.

D'après les recommandations de la HAS 2022 (3), la mesure du poids et de la taille, ainsi que le calcul de l'IMC, font partie de tout examen clinique chez l'enfant. Les consultations de l'enfant peuvent être classées en 2 catégories :

- consultations en situation pathologique aiguë ou chronique ;
- consultations de suivi de l'enfant, c'est-à-dire en l'absence de problème particulier.

Jusqu'en 2019, 17 consultations étaient obligatoires dans le cadre du suivi de l'enfant, avec une surveillance rapprochée jusqu'à 2 ans, puis une consultation annuelle jusqu'à 6 ans. En 2019, 3 consultations ont été ajoutées : une entre 8 et 9 ans ; une entre 11 et 13 ans ; une entre 15 et 16 ans. Ces consultations sont remboursées à 100 % par la Sécurité Sociale afin de favoriser leur réalisation. Les recommandations de la HAS de 2022 ne se limitent cependant pas à ces 3 consultations, et sont même en faveur d'une visite annuelle pendant toute la période de l'enfance. Cependant, s'il existe un risque de développer une obésité un suivi tous les 6 mois est préconisé dès l'âge de 3 ans.

Depuis 2017, une cotation spécifique nommée CSO (Consultation Suivi de l'Obésité) a été mise en place pour le médecin traitant, prenant en charge un enfant en risque avéré d'obésité âgé de 3 à 12 ans. Elle est applicable jusqu'à 2 fois par an, et permet au médecin de facturer la consultation 46 €, au lieu de 25 ou 30 € pour une consultation classique, avec une prise en charge intégrale par la Sécurité Sociale sans avance de frais.

L'outil adapté pour le dépistage et le suivi de l'obésité est présent dans le carnet de santé : il s'agit des courbes anthropométriques de poids, de taille et d'IMC.

Il existe des signes d'alertes à repérer à partir de l'IMC et son évolution :

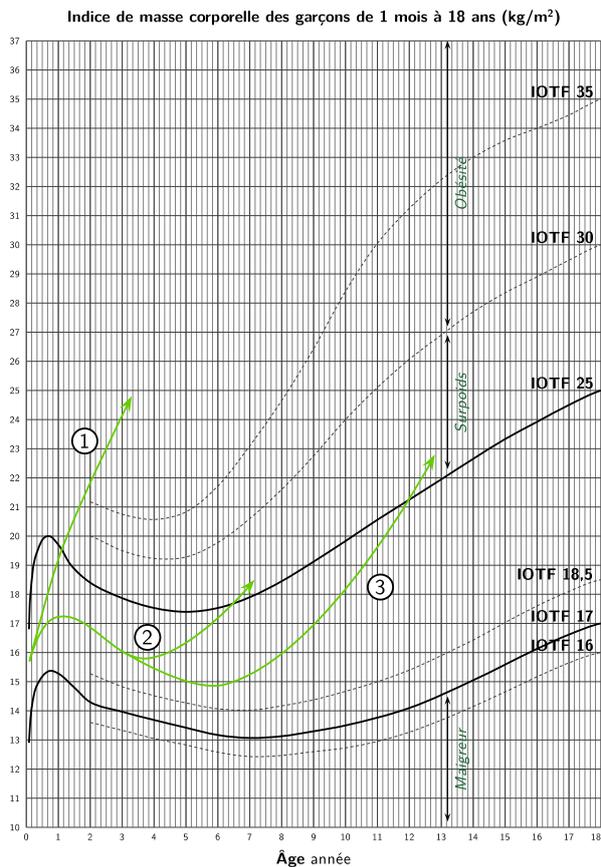


Figure 5: Signes d'alertes sur les courbes d'IMC (69)

① Ascension continue de la courbe de corpulence depuis la naissance.

② Rebond d'adiposité précoce (3) : normalement, l'IMC de l'enfant augmente la première année de vie, puis il diminue progressivement, jusqu'à atteindre son point le plus bas vers l'âge de 6 ans, à partir duquel il remonte progressivement. Ce point le plus bas est appelé "rebond d'adiposité". Plus il est précoce, plus le risque de développer un surpoids et une obésité est important. (10)

③ Changement rapide de couloir de la courbe de corpulence vers le haut

En cas de surpoids, aucun bilan biologique n'est recommandé. En cas d'obésité, un bilan biologique évaluant le statut métabolique peut être réalisé, sans urgence (bilan lipidique, glycémie à jeun et transaminases).

Le médecin traitant peut ainsi dépister l'obésité et mettre en place le suivi nécessaire pour l'enfant. Il pourra accompagner l'enfant et coordonner les soins avec les différents professionnels intervenant dans ces situations (psychologue, diététicien, médecin- scolaire, infirmier, kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute...).

Il est important de s'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle (situation familiale, économique, sociale ; la scolarité ; les aspects psychologiques, affectifs et culturels ; les habitudes de vie...). Les compétences relationnelles du médecin ont toute leur importance dans cette pathologie complexe, tant avec l'enfant qu'avec les parents. Il est crucial de savoir conseiller et communiquer avec tact, en prenant en compte le vécu de chacun. La prise en charge de l'obésité relevant d'une modification globale du mode de vie, en lien avec

la prise en charge des facteurs de risque, il faut savoir guider sans être intrusif dans le quotidien de l'enfant et de sa famille.

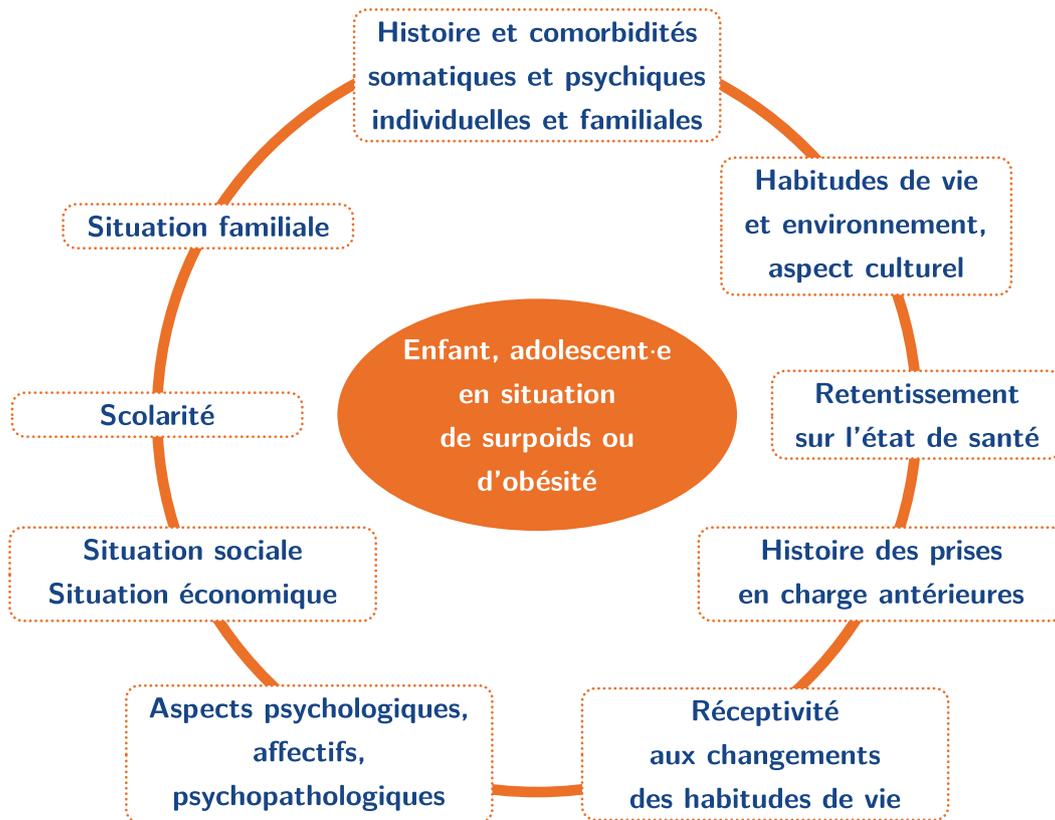


Figure 6: Évaluation multidimensionnelle d'une situation de surpoids ou d'obésité(67)

D. Représentations

1. Définition sociologique

La sociologie est l'étude des faits sociaux, et s'est développée à partir de la fin du 19^e siècle.

Émile Durkheim est le précurseur de la notion de représentation collective. À son époque, la théorie prédominante était celle des représentations individuelles. Il définit alors les représentations collectives comme « l'ensemble des croyances et valeurs responsables de la construction, des pratiques, et des comportements des individus, permettant ainsi de forger une sorte de conscience collective, qui leur permettra de vivre ensemble ».

Au 20^e siècle, Serge Moscovici a permis la mise en avant de cette théorie. Selon lui, les représentations sociales sont des éléments mentaux qui se forment par nos actions, qui

informent nos actes, et qui permettent par la suite de construire un sens commun. Moscovici définit alors les représentations sociales comme « une manière d'interpréter le monde » et de penser notre réalité quotidienne.

Il s'agit donc d'une construction intellectuelle collective qui donne du sens au monde qui nous entoure, et qui nous permet d'agir dans et sur celui-ci. Les représentations constituent un mode de connaissance pratique du réel qui se juxtapose et se métisse avec la connaissance scientifique. Elles sont le moteur de nos comportements, et permettent d'interagir avec les autres à moindre coût cognitif, c'est-à-dire rapidement et facilement.

Les représentations ont par définition certaines caractéristiques, que nous rappelle Sylvain Dramaix, professeur en sociologie à l'Université de Belgique. Elles sont :

- Partagées, sociales : car elles sont partagées par les membres d'un même groupe.
- Normatives : comme elles sont partagées par le groupe social auquel on appartient et dans lequel on évolue, elles apparaissent donc comme évidentes, normales.
- Relatives : elles dépendent des groupes ou des sociétés auxquels appartiennent les individus.
- Partielles : elles sont construites à partir d'une partie seulement des éléments de la réalité.
- Partiales : inconsciemment, nous excluons les faits qui pourraient invalider nos représentations pour ne retenir que ceux qui les confirment. Elles résistent donc bien aux apprentissages, même lorsqu'elles sont contredites par des faits objectivables.

Elles ont quatre fonctions.

- Savoir : elles permettent de comprendre et d'expliquer la réalité, elles donnent du sens au réel et aux expériences que nous vivons. Elles permettent de conceptualiser le réel de manière spontanée.

- Identité : elles participent à l'existence d'une identité commune et d'une conscience collective, et renforcent la cohésion du groupe.
- Orientation : avant l'action, elles permettent de supposer ce qu'il va se passer, et donc d'agir en conséquence.
- Justification : après l'action, elles permettent à un individu de légitimer ses comportements à l'égard de ses pairs

Dans le langage courant, certains mots sont utilisés comme synonymes de représentation.

- L'opinion : il est important de différencier représentation sociale et opinion. La représentation est plus stable, plus intériorisée, et partagée par un groupe d'individu. L'opinion, au contraire, est plus individuelle, plus consciente et donc plus instable et influençable. Une des difficultés lors de l'étude des représentations est justement d'accéder aux représentations d'un groupe d'individus et non aux opinions d'un individu singulier.
- Les stéréotypes : ce sont une catégorie de représentations, qui correspondent à l'idée qu'un groupe social se fait d'un autre groupe social. Toutes les représentations sociales ne sont pas des stéréotypes.

En conclusion, les représentations constituent une vision de la réalité qui nous entoure. Cette vision est construite et partagée par les membres d'un même groupe social. Les représentations diffèrent selon les groupes sociaux, les cultures, les époques. Elles permettent de donner du sens au monde dans lequel vivent les individus.

2. Application à la médecine

L'étude des représentations dans le domaine de la santé permet de mettre en place des politiques de prévention, d'éducation, de promotion de la santé adaptées aux publics visés.

(36)

Exemple : L'étude réalisée par Galand et Salès-Wuillemin (37) consistait à évaluer les représentations de la drogue selon deux facteurs : les pratiques de consommation de l'individu et l'influence de son entourage. 437 étudiants en psychologie ont été sollicités pour répondre à un questionnaire. Après analyse des questionnaires, quatre sous-groupes sont distingués en fonction de leur pratique de consommation et de celle de leur entourage. Le groupe de forts consommateurs évoquait plutôt la notion de plaisir et l'association plaisir/danger, le groupe non consommateur citait plutôt les conséquences négatives de la consommation et l'association danger/maladie. Ce type d'étude sur les représentations permet la mise en place d'action de prévention adaptée au public visé. En effet, axer le discours préventif sur le danger que comporte l'usage de drogues peut s'avérer contre-productif dans la mesure où celui-ci renvoie justement au plaisir recherché dans les consommations.

Que l'on soit patient ou soignant, nos représentations pilotent nos comportements. Les représentations ont un impact important sur la prise en charge de certaines pathologies, notamment les pathologies chroniques dont fait partie l'obésité. En effet, des changements de comportements portant sur des habitudes ancrées vont devoir être entrepris de manière durable.

Exemple : concernant l'alimentation, certaines représentations sont des freins aux changements de comportement tel que « on ne jette pas la nourriture », « on finit son assiette ». Il va être intéressant de faire émerger ces représentations et de les exploiter afin d'arriver à modifier ces habitudes.

Chaque patient obèse possède ses propres représentations concernant la maladie, la nutrition, les repas, le poids, l'activité physique... Celles-ci ont toujours un fondement et il est important d'essayer de comprendre comment elles se sont constituées. Certaines représentations vont être un obstacle à la prise en charge, d'autres seront des leviers, il est important de les distinguer et de les expliquer au patient.

Exemples de représentations qui font partie des obstacles : « Être gros c'est être fort », « Embonpoint, c'est une richesse, réussite sociale », « Mieux vaut avoir trop que pas assez » (38)

Le médecin étant à la fois un individu et un professionnel de santé, il mobilise continuellement deux registres de représentations qui interviennent dans les relations qu'il entretient avec sa patientèle. Il est donc important qu'il puisse prendre conscience de ses propres représentations pour comprendre l'incidence qu'elles peuvent avoir sur sa manière de considérer les patients, de s'adresser à eux, etc. En effet, les représentations impactent la relation de soin et les mécanismes de contre-transfert, le contre-transfert étant l'investissement affectif du médecin envers son patient, qui peut être positif ou négatif.

Une méta-analyse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent a permis de mettre en évidence différentes représentations. Les représentations concernant la prise de conscience de l'obésité, la compréhension de la pathologie et le traitement sont différentes selon le médecin, l'enfant ou les parents. La relation médecin-enfant-parent doit pouvoir mettre en évidence les représentations de chacun. C'est une étape préalable à tout projet de soins, permettant ainsi de construire une prise en charge adaptée à chaque individu. (39)

Exemple concernant la prise de conscience de l'obésité. : l'enfant prend conscience du problème de poids lorsqu'il est soumis au regard social, aux moqueries. Pour les parents la prise de conscience est complexe, utilisant différents marqueurs comme la taille des vêtements, l'aspect général, le bien être. Pour le médecin la prise de conscience passe par les aspects cliniques comme l'apparence générale et le calcul de l'IMC.

Lors de la prise en charge de l'obésité, le médecin doit prendre en compte l'enfant dans sa globalité, dans son environnement bio-psycho-social, c'est pourquoi il nous a semblé pertinent de nous intéresser aux représentations qu'ont les médecins généralistes au sujet de l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse.

II. Méthodologie

A. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, par le biais d'entretiens présents semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Haute-Savoie. Les entretiens se sont déroulés dans le lieu choisi par le médecin volontaire.

B. Guide d'entretien

Nous avons choisi un nombre limité de questions servant de trame à l'entretien, pour explorer l'ensemble de l'environnement bio-psycho-social. Lors des entretiens, nous ne sommes pas limitées à ces questions, afin de préserver la spontanéité de la discussion et une certaine liberté aux médecins interrogés.

Nous avons au préalable réalisé deux entretiens test, qui ont permis d'ajuster l'ordre des questions et de trouver des formulations plus efficaces. Les guides d'entretien ont été relus par Madame Véronique LAFORETS, docteure en sociologie.

C. Population étudiée

Les critères d'inclusion de la population étudiée étaient :

- docteurs en médecine générale, installés ou remplaçants en Haute-Savoie ;
- exercice libéral, salarié, ou mixte ;
- activité principale de médecine générale.

Les critères d'exclusion étaient :

- médecins généralistes retraités ou en congés maladie ;
- médecin généraliste exerçant une activité principale autre que la médecine générale (médecine du sport, gériatrie, etc).

Les médecins ont été contactés par mail, dans lequel il était précisé que le médecin n'avait pas besoin d'être intéressé par le sujet, ni d'avoir de formation particulière.

Nous avons choisi de faire varier les profils sur les critères suivants : âge, sexe, ancienneté d'installation, milieu d'exercice (rural, urbain, semi-rural), mode d'exercice (libéral ou salariat).

Nous avons réalisé les deux premiers entretiens auprès de médecins de notre réseau de connaissance, avant d'élargir à d'autres personnes par effet boule de neige jusqu'à obtenir un échantillonnage raisonné en variation maximale. La suffisance des données est atteinte lorsque 2 entretiens consécutifs n'apportent aucune nouvelle propriété pertinente lors de l'analyse.

D. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés en audio, puis retranscrits sur LibreOffice dans les 3 jours suivants. Ce délai court a permis de conserver la mémoire de la communication non verbale, qui ne pouvait pas être enregistrée mais qui avait toute son importance compte tenu du sujet. Nous n'avons pas utilisé de logiciel d'aide à l'analyse des données.

Le choix de la méthodologie d'analyse s'est basé sur le livre *Initiation à la recherche qualitative en santé*, du GROUMF (Groupe Universitaire de recherche qualitative médicale francophone), et sur le cours proposé par le DMG (Département de Médecine Générale) de la Faculté de Grenoble. Nous avons utilisé une analyse inspirée de l'analyse inductive générale.

L'analyse s'est déroulée en 5 étapes :

- 1.** Lecture à plusieurs reprises du verbatim intégral, prise de notes éventuelle.
- 2.** Étiquetage expérientiel du verbatim : pour chaque unité de sens du verbatim (morceau de phrase), expliciter le sens de ce qui est dit.

3. Création de propriétés : tirer de chaque étiquette expérientielle un concept théorique. Quand la même idée ressort dans un autre entretien, la même propriété est utilisée.
4. Organisation des propriétés de manière thématique : chaque propriété est rangée dans un thème, puis un sous-thème. Ces thèmes ne sont pas définis à l'avance mais se créent et se modifient au fur et à mesure de l'apparition de données.
5. Articulation de plusieurs propriétés autour d'un même concept qui leur donne du sens et permet de conceptualiser les schémas de pensée sous-jacents. C'est cette partie qui sera décrite dans le chapitre "Résultats", et non la partie thématique.

Toutes les étapes ont été réalisées par les deux chercheuses, qui ont ensuite réalisé une triangulation et une recherche de consensus pour chaque étape.

Les étapes 1 à 3 ont été faites de manière axiale, c'est-à-dire avec une grille d'analyse propre à chaque entretien. Les étapes 4 et 5 ont été réalisées de manière transversale, c'est-à-dire à partir des propriétés de tous les entretiens.

Verbatims	Expérientielle	Propriété
Les enfants se rendent compte qu'ils ont du mal à se déplacer, qu'ils courent moins vite que les copains.	Je pense que les enfants ressentent une différence sur leur capacité physique.	Être différent (l'enfant) Être limité physiquement (l'enfant)
Je pense qu'il y a beaucoup de moqueries à l'école.	Je pense que l'école n'est pas un endroit bienveillant.	Subir de la grossophobie à l'école (l'enfant)
C'est des enfants qui souffrent de la différence et du manque de capacité physique par rapport aux autres.	Je pense que les enfants obèses souffrent de la différence.	Souffrir de la différence (l'enfant) Être limité physiquement (l'enfant)
Plus grand je pense que c'est encore pire pour eux. Je pense qu'ils sont plus facilement exclus, les moqueries sont plus violentes qu'en maternelle.	Je pense qu'en grandissant l'obésité est encore plus source de souffrance et d'exclusion.	Être isolé (l'enfant) Être plus impacté avec l'age (l'enfant)

Tableau 1 : Exemple d'analyse de verbatim, extrait de l'entretien 1

Sous-thèmes	Propriétés
Être malade	Ne pas avoir conscience d'être malade (l'enfant)
	Ne pas avoir conscience de son poids (l'enfant)
	Ne pas se sentir malade à la maison (l'enfant)
	Être dans le déni (l'enfant)
Amour-propre	Être mal dans sa peau (l'enfant)
	Se sentir mal dans sa peau (la fille obèse)
	Ne pas s'aimer (l'enfant)
	Être pudique (l'enfant)
	Avoir honte (l'enfant)
Isolement	Être isolé (l'enfant)
	Être à l'écart sentimentalement (l'enfant)
	Impacter la vie sociale (l'obésité)
	Être introverti (l'enfant)
Confiance	Perdre confiance en soi et en les autres (l'enfant)
	Manquer de confiance en soi (l'enfant)
	Être mis en situation d'échec (l'enfant)

Tableau 2 : Extrait de l'organisation du thème « émotions de l'enfant »

III. Résultats

A. Les entretiens

1. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés sur la période du 5 janvier 2023 au 20 avril 2023. Tous les médecins contactés ont accepté de participer. Les entretiens se sont déroulés au cabinet médical où les médecins exerçaient, sauf deux, un au domicile du médecin et un autre dans un café. La durée moyenne des entretiens a été de 30 minutes (la médiane est de 26 minutes) avec une durée maximale de 55 minutes et une durée minimale de 19 minutes. Chaque entretien s'est déroulé avec une seule des deux chercheuses afin que l'interviewé se sente à l'aise et le plus libre possible dans ses propos. La suffisance des données a été atteinte au bout de 13 entretiens.

2. Caractéristiques de l'échantillon

	Age	Sexe	Exercice	Lieu	Ancienneté d'installation	Formations complémentaires
E1	33 ans	Femme	Libéral	Urbain	2,5 ans remplacement 3 ans installation	Non
E2	26 ans	Femme	Salariée	Urbain	1 an	Non mais intérêt pour le microbiote, la nutrition, l'obésité
E3	56 ans	Femme	Libéral	Semi-rural	23 ans	Médecine du sport, nutrition
E4	40 ans	Femme	Libéral	Urbain / semi-rural	11 ans	DIU IVG contraception sexualité ; Formation dépistage apnée du sommeil en cours
E5	60 ans	Homme	Libéral	Semi-rural	28 ans	DU médecine et secours en montagne, DU prise en charge de la douleur, DU prise en charge des plaies chroniques, soins palliatifs, éthique clinique
E6	37 ans	Femme	Libéral	Rural	7 ans	DU contraception
E7	32 ans	Homme	Libéral	Urbain (Quartier classé politique de la ville)	4 ans de remplacements 2 ans installation	DU urgences vitales, intérêt pour la gynécologie
E8	31 ans	Homme	Libéral	Urbain	3 ans	DESC gynécologie
E9	37 ans	Femme	Mixte	Urbain	8 ans	Intérêt pour la gériatrie, DU médecine thermique en cours
E10	65 ans	homme	Libéral	Urbain	36 ans	Non
E11	35 ans	Femme	Libéral	Urbain	5 ans de remplacements 3 ans d'installation	Intérêt pour la gynécologie et pédiatrie
E12	35 ans	Femme	Libéral	Semi-rural, médecine de montagne	1 an de remplacements 5 ans d'installation	DU thérapeutique anti infectieuse
E13	42 ans	Homme	Libéral	Urbain	8 ans de remplacements 7 ans d'installation	Capacité de médecine du sport, diplôme d'urgence et de médecine en montagne, DIU mésothérapie, DIU échographie

B. Analyse des résultats

Une partie des résultats ci-dessous est rédigée à l'indicatif, pour des raisons de lisibilité, et non au conditionnel. Par exemple, « d'après les médecins interrogés, l'enfant obèse serait introverti » peut être transcrit « l'enfant obèse est introverti ».

1. Une patientèle spécifique en Haute-Savoie

L'environnement bio-psycho-social de l'enfant en Haute-Savoie présente quelques particularités. Les médecins estiment que leur patientèle est protégée de l'obésité, car elle est plutôt riche et sportive.

E5 : « sur notre territoire où quand même, voilà, la Haute Savoie, population plutôt riche, avec des enfants qui font pas mal de sport, des parents aussi. »

Il en résulte que la plupart des médecins voient peu, voire pas d'enfants obèses.

E12 : « j'en ai JAMAIS vu »

E6 : « j'en ai pas beaucoup »

Certains médecins ont même l'impression que la maigreur est plus fréquente que l'obésité dans leur patientèle.

E13 : « Je vois surtout des patients en insuffisance pondérale »

Deux médecins affirment cependant voir beaucoup d'enfants obèses en consultation.

E1 : « on est confrontés au problème de manière très régulière »

Bien qu'ils affirment en voir peu eux-mêmes en consultation, les médecins ont l'impression que l'obésité est en augmentation.

E2 : « j'ai l'impression qu'il y en a de plus en plus »

Cela peut s'expliquer par le fait que l'obésité est perçue comme étant un sujet d'actualité

E5 : « on en parle beaucoup »

Certains médecins estiment cependant que l'obésité n'est pas réellement un problème de santé publique et qu'on en parle trop.

E5 : « c'est vrai que je suis pas sûr que ça soit une problématique de santé publique si forte que ça »

2. Un diagnostic facile, source d'incompréhension

a. Un diagnostic facile à poser pour le médecin

Le diagnostic est évoqué parfois au simple coup d'œil, puis confirmé par les courbes de croissance.

E2 : « Je reçois son fils et je vois qu'il y a un problème, enfin clairement »

E9 : « Parce que peser l'enfant, mettre l'IMC, faire la courbe, ça j'étais pas en difficulté pour le faire »

Cependant, le diagnostic est parfois inattendu.

E9 : « Ben je l'ai pesé, mesuré et là c'est marrant c'est en faisant l'IMC que j'ai tiqué en fait »

Pourtant, les parents ne semblent pas se rendre compte de l'obésité de leur enfant

E2 : « des fois c'est dur de faire réaliser aux parents que leur enfant est obèse »

Il en résulte qu'ils ne consultent pas pour l'obésité, ou tardivement.

E5 : « Y a des familles qui viennent mais justement souvent quand ils viennent eux c'est un peu trop tard... je trouve. »

Ceci entraîne de l'incompréhension de la part du médecin.

E9 : « ça c'était très désarmant de voir qu'il y avait des familles, ben en fait on le savait, on voit la famille, on voit qu'ils sont tous en surpoids ou en obésité, que ça ne les intéresse pas »

Le médecin essaie de trouver des explications à la non-adhésion des parents.

- Il a l'impression que les parents sont dans le déni.

E5 : « Mais ouais une espèce de... soit de désinvolture ou de déni de la réalité de la situation. »

- Les parents ont l'habitude de voir leur enfant. La prise de poids étant progressive, ils ne s'en sont pas rendu compte.

E10 : « Des fois ils ne se rendent pas forcément compte, parce qu'ils sont habitués à ce que leur enfant soit trop gros. »

- Les médecins se représentent que quand toute la famille est obèse, l'obésité est une norme, et donc un non-sujet.

E6 : « Après, les parents ont des gabarits hors normes aussi, donc forcément sa représentation familiale... c'est des gens qui font 1m95 et 120 kg donc ben, c'est la norme pour elle quoi. »

E9 : « dans la famille où ils sont tous obèses ben de toute façon le problème est inexistant, donc il est invisible. »

- Pour les parents, les rondeurs de l'enfant sont perçues comme un signe de bonne santé. Les parents ont une représentation différente de ce qu'est un corps d'enfant en bonne santé.

E3 : « les rondeurs sont synonymes de bonne santé, et ça c'est souvent »

Si le médecin n'essaie pas d'expliquer l'absence de diagnostic des parents, alors il est plutôt dans le jugement.

- Les parents sont perçus comme responsables de l'obésité de leur enfant, notamment car ils montrent un mauvais exemple.

E4 : « je me dis c'est la responsabilité entière de l'adulte de laisser son enfant devenir comme ça. »

E11 : « un enfant qui a l'habitude que le soda soit à table parce que les parents en boivent aussi dès le plus jeune âge, qui a l'habitude de manger des choses préparées au lieu de les faire soi-même »

- Le médecin exprime que les parents peuvent également faire preuve de mauvaise volonté.

E4 : « ils ont tendance à être peut-être dans le rejet ou de dire « ouais ben elle exagère machin »

- Cette notion de mauvaise volonté est associée à l'idée que le médecin est le seul à faire des efforts. Ainsi, la prise en charge est fatigante et prend du temps.

E3 : « ça prenait ÉNORMÉMENT de temps »

E9 : « puis surtout je me suis épuisée, c'est beaucoup moins fatiguant de faire une cystite »

C'est injuste qu'il soit le seul à faire des efforts, car il n'est pas responsable de la situation.

E8 : « on reste des médecins, on n'est pas leurs parents. »

Le médecin est en colère et frustré face à l'inertie des patients.

E4 : « quand ça se passe mal, ben je suis un peu en colère contre les parents et contre l'enfant parce qu'ils ne se bougent pas. »

E9 : « j'étais extrêmement frustrée »

Il y a de la colère contre la famille mais aussi contre soi-même, avec une remise en question de la part du médecin.

E2 : « Un peu en colère après moi aussi, parce que je me dis "pourquoi ça marche pas en fait ? Est-ce que c'est moi ?" »

Même si les consultations d'obésité pédiatrique font ressortir beaucoup d'émotions chez les médecins, certains tiennent à ne pas les exprimer en consultation.

E10 : « je reste quand même assez neutre, je montre pas trop d'émotions. »

Les médecins rapportent que leur propre vision de l'obésité évolue avec la pratique, et qu'ils deviennent moins jugeant avec le temps.

E6 : « J'avais un regard beaucoup plus dur sur les gens en surpoids, où je me disais c'est vraiment lié à eux, c'est tant pis pour eux quoi (...) je me suis bien adouci avec le temps »

Il y a également de l'incompréhension de la part des médecins, car ils ont l'impression que la prévention et la prise en charge relèvent du bon sens.

b. Des conseils relevant du bon sens

Les médecins ont l'impression de donner des conseils de bon sens.

E10 : « j'ai pas l'impression d'avoir à leur proposer grand-chose que de manger moins et faire des activités. »

Une médecin souligne qu'elle ne se sent pas légitime, car donner des conseils de bon sens ne suffit pas.

E9 : « juste du bon sens, mais le bon sens j'étais pas sûre que c'était suffisant pour faire de la bonne médecine »

Elle justifie ainsi qu'elle n'ose pas utiliser la cotation spécifique CSO.

E9 : « c'est très perturbant d'avoir une consultation cotée à 46 €, on se dit ben à ce prix-là il faut que je fasse énormément et en fait euh non »

Les médecins pensent que tout le monde est supposé connaître ce qu'est une bonne hygiène de vie, car beaucoup de prévention a été faite. Cela majore encore l'incompréhension du médecin, le jugement vis-à-vis des parents.

E8 : « on n'est plus en 1050, on sait quels aliments donnent du surpoids, on n'est plus dans la mode du Mac'do »

Certains médecins estiment qu'ils ne sont pas responsables de l'éducation à l'alimentation.

E5 : « en tant que médecin il se charge d'une mission mais je ne suis pas sûr que ce soit la sienne en vérité. »

Certains médecins soulignent les représentations erronées des patients sur la prise en charge.

- Les parents pensent qu'il faut que l'enfant soit mis au régime.

E7 : « les mamans sont un peu inquiètes et me demandent si y a pas des régimes à faire pour leurs enfants. »

- Les parents sont demandeurs de médicaments pour faire perdre du poids à l'enfant.

E8 : « Leur faire comprendre qu'il ne faut pas de médicament, parce qu'il y a souvent quand même cette espèce de solution miracle. »

- Les parents sont demandeurs de prise en charge chirurgicale pour l'enfant.

E8 : « par contre elle m'a dit, « s'il faut qu'elle perde du poids, opérez-la »

- Les parents ont une représentation de l'activité physique différente de celle du médecin.

E1 : « Ils disent qu'ils essaient de faire bouger l'enfant mais en fait ils l'emmènent au parc une fois de temps en temps »

Le monde de l'obésité et des médecins semblent complètement séparés, à tel point que nous n'avons pas trouvé de médecin obèse.

3. Une annonce difficile pour tous

a. Choisir d'annoncer le diagnostic... ou non ?

Une fois le diagnostic posé, les médecins ont 3 réactions.

- Est-ce le bon moment pour en parler ? L'obésité n'est pas vue comme une urgence, mais l'annonce étant souvent délicate, il faut la faire à un moment adapté, pour le médecin comme pour l'enfant et les parents.

E6 : « il faut savoir différer, des fois c'est pas le jour où on parle du poids puis voilà. »

Les médecins ont alors tendance à reconvoquer les patients pour une consultation dédiée. Ceci est cohérent, car ils ont l'impression que l'annonce est moins difficile quand l'enfant s'y attend, et ils auront plus de temps disponible.

E10 : « ce qui peut rendre la situation compliquée c'est quand les gens ils viennent vraiment pas pour ça. »

E13 : « c'est quelque chose qui nécessite parfois qu'on reconvoque le patient pour pouvoir refaire le point spécifiquement sur ce sujet. »

- C'est une urgence, il faut agir au plus tôt. Un seul médecin évoque cette possibilité. D'autres médecins racontent qu'ils pensaient comme cela, mais qu'ils ont appris en formation que ce n'est pas le cas, ce qui les a beaucoup déculpabilisés sur le sujet.

E11 : « c'est le moment d'agir au plus vite d'ailleurs, c'est d'ailleurs une urgence d'agir dès que possible. »

E9 : « j'avais l'impression de laisser un enfant en danger. Ça je ne l'ai plus. »

- Choisir de ne pas en parler. Certains médecins n'abordent pas le sujet, soit qu'ils se sentent mal à l'aise ou incompetents, soit qu'ils ne sont pas intéressés par l'obésité.

E7 : « je ne suis pas à l'aise. »

E10 : « je donne des conseils plutôt vagues. C'est vrai que je botte souvent en touche. »

Dans ce cas, les médecins se justifient en disant que ce n'est pas le motif de consultation, donc que les patients ne souhaitent pas aborder le sujet.

E10 : « je pense qu'ils veulent qu'on s'en tienne juste au problème. Au problème ponctuel. »

Les médecins qui n'abordent pas le sujet sont vus comme des mauvais médecins par certains de leurs confrères et consœurs.

E2 : « dans le carnet de santé personne parle du poids. Et ça, ça me scandalise, je suis outrée quoi »

b. Un diagnostic qui remet l'avenir en question

L'obésité de l'enfant est perçue comme un élément négatif qui remet en question son avenir, sur différents plans.

E6 : « ça me rend un peu triste parce que je me dis ils sont mal partis pour plus tard »

- Les médecins évoquent les complications somatiques : douleurs physiques, complications cardio-vasculaires, diabète.

E11 : « toutes les complications qui en résultent, ce qui leur pend au nez c'est donc le diabète, les problèmes cardiaques, coronaropathies, problèmes orthopédiques liés au surpoids, l'arthrose »

- Les médecins évoquent les complications psychiques : l'obésité impacte la confiance en soi et en les autres, car l'enfant est mis en permanence en situation d'échec.

E5 : « on les renvoie quand même perpétuellement à une notion d'échec, je ne suis pas capable de. »

E2 : « Il y a quand même un gros manque de confiance en eux »

- L'avenir est également compromis de manière plus indirecte, car la société porte un regard jugeant sur les personnes obèses, qui sont vues comme étant responsables de leur obésité, et subissent de la grossophobie.

E6 : « globalement y a beaucoup de gens qui pensent que... que c'est juste de la faute... ils ont qu'à moins manger et ils seront moins gros »

À l'école, et plus tard dans la vie professionnelle, la personne obèse subit des discriminations du fait de son poids.

E7 : « je vois comme ça des enfants isolés qui décrochent au niveau scolaire et qui s'enfoncent un peu dans le surpoids quoi »

E11 : « Pas seulement du coup au niveau de sa santé mais aussi au niveau des répercussions psycho-sociales et aussi professionnelles. »

c. La notion d'échec

L'obésité pédiatrique est associée à la notion d'échec pour les acteurs de l'environnement social de l'enfant.

- Le médecin a l'impression que la prise en charge va être un échec. Il peut même vivre la situation comme un échec personnel.

E1 : « en fait je suis souvent en situation d'échec quand j'ai un enfant obèse »

E2 « il y a quand même 80 % de familles où ça va être ok, et 20 % quand même qui me marquent beaucoup plus quand même »

Certains médecins sont tellement persuadés que la prise en charge de l'obésité va échouer, qu'ils considèrent qu'elle est inutile. Ils préfèrent alors se concentrer sur la prise en charge du surpoids.

E5 : « Mais je pense que l'énergie il faut en tout cas pour les omnipraticiens, il faut la consacrer aux messages fort chez les gens en surpoids modéré. »

- Les parents ont l'impression d'échouer dans l'éducation de leur enfant.

E4 : « je pense que ça les remet profondément en question sur le mode éducatif »

Au cours de la prise en charge, la famille sera également en situation d'échec dans sa capacité de changer ses habitudes et se détacher de ses représentations.

E6 : « La difficulté ouais c'est plus la prise en charge globale, familiale »

Le médecin lui aussi perçoit l'obésité comme un échec éducatif de la part des parents.

E6 : « je suis toujours choquée d'entendre dire l'enfant il va ouvrir le frigo, puis que oui on lui a dit qu'il fallait ne pas le faire, ben non en fait il ne le fait PAS. C'est pas on lui dit qu'il ne faut pas le faire, c'est juste on referme le frigo et on repose ce qu'il a ouvert »

- Quant à l'enfant, il est mis en situation d'échec au quotidien, en particulier en cours de sport.

E2 : « J'ai l'impression qu'il y a une discrimination quand même, pas forcément dans tout, mais tout cas en sport j'ai l'impression que comme ils sont gros et qu'ils galèrent par rapport aux autres, et ben le prof va pas forcément... enfin il va leur dire « eh ben vas-y, bouge-toi, cours » »

E6 : « quand on est en surpoids y a quand même des choses qu'on peut pas faire ou on peut pas réussir aussi bien »

Cette notion d'échec permanente pourrait expliquer le fait que tout le monde soit mal à l'aise et ne veuille pas aborder le sujet de l'obésité.

d. Le déclic

Les parents sont perçus comme étant dans le déni ou ne voulant pas aborder le sujet, un déclic est donc nécessaire pour avancer dans la prise en charge.

E6 : « des fois y a pas grand-chose à mettre en place pour que ça percute »

- Les moqueries subies à l'école permettent parfois aux parents de se rendre compte que le poids de leur enfant a un impact négatif sur sa vie.

E4 : « les moqueries à l'école ben des fois finalement c'est un élément moteur pour entamer un changement de comportement. »

- Le mot obésité est lourdement chargé de sens pour les patients, il peut faire peur et blesser, et permet parfois d'avoir un déclic. Le médecin n'est pas à l'aise avec l'utilisation du mot obésité.

E1 : « je pense que la première fois c'était déjà de l'obésité, mais je n'avais pas osé employer le mot obésité »

E2 : « Ça fait peur d'une certaine manière, mais je pense que ça permet de faire le déclic aussi. »

Les médecins s'attendent à ce que le mot obésité ait encore plus d'impact sur les parents qui sont eux-mêmes obèses, et sont surpris de constater que ce ne soit pas le cas.

E1 : « il y a eu des cas d'obésité dans la famille, ça facilite un peu... enfin pour moi je pensais que ça facilitait »

- Utiliser les courbes de croissance permet de donner plus de poids à la parole du médecin, qui ne peut plus être remise en cause, car la preuve du diagnostic est sous les yeux des patients. L'image visuelle du poids qui sort de la courbe est parlant pour les parents.

E6 : « visuellement la courbe de poids ça marque un peu les choses »

- Les conséquences et complications physiques futures permettent aux parents de se rendre compte de l'importance d'agir, même si le poids n'est pas encore un souci pour l'enfant.

E8 : « docteur pour que mon enfant soit pas malade plus tard », « docteur pour que mon enfant grandisse normalement », « docteur pour que mon enfant on ne se moque pas de lui », « docteur pour que mon enfant il ait accès à plein de choses dans la vie, pour qu'il se trouve une femme ou un chéri »

Cependant, les conséquences ne font pas toujours le déclic.

E5 : « ils ont vécu quand même douloureusement une histoire liée au mal-manger mais ça ne les a pas marqués »

La notion de « un mal pour un bien » apparaît : utiliser le mot obésité alors qu'il est estimé blessant, et subir des moqueries sont des choses intrinsèquement nocives, mais elles sont indirectement bénéfiques, car elles permettent d'avoir le déclic et d'entamer une prise en charge. Pour certains médecins, blesser le patient peut alors devenir légitime.

E2 : « Je pense que la deuxième fois j'ai été un peu dure avec eux, mais je me dis que des fois être dure ça permet de réaliser, d'avoir le déclic, de réaliser que ça va pas quoi. »

Déclencher un déclic est le seul moment où les médecins tolèrent de faire du mal au patient, le reste du temps ils sont au contraire attentifs à bien choisir leurs mots pour ne pas blesser les patients.

E13 : « L'idée c'est pas de braquer l'enfant quoi. Le déstabiliser. »

Cependant, les patients rapportent parfois avoir eu de mauvaises expériences avec des médecins qui ont été trop brusques.

E6 : « y a des médecins qui ont quand même aucun tact. »

4. Les causes de l'obésité

L'environnement bio-psycho-social de l'enfant est complexe, et certains de ses aspects sont perçus comme étant des causes de l'obésité, de manière directe ou indirecte. La majorité des causes rapportées ci-dessous par les médecins de notre échantillon correspondent aux données actuelles de la science. Cependant, certaines causes ou facteurs de risque rapportés par les médecins démontrent une vision tronquée de la réalité, avec laquelle il est nécessaire de prendre du recul. C'est en effet au sujet des causes de l'obésité que les représentations des médecins apparaissent les plus nombreuses.

a. Une prédisposition biologique

Les médecins évoquent les obésités secondaires, mais n'en ont jamais diagnostiqué.

E5 : « Des obésités secondaires j'en ai jamais vu de ma carrière. »

La génétique peut être en cause dans l'obésité de l'enfant, avec une prédisposition familiale sans lien avec le mode de vie.

E11 : « il y a des familles où il y a aussi a priori une histoire d'hérédité quoi. »

b. La triade alimentation, sédentarité, écrans

Dans les causes environnementales évoquées, certaines sont consensuelles et souvent associées à la notion de « bon sens ». Ce sont celles que les médecins questionnent en priorité, car ce sont celles qu'ils imaginent systématiquement comme faisant partie du quotidien de l'enfant obèse.

- L'alimentation de l'enfant obèse est déséquilibrée, trop sucrée, en portions trop importantes.

E7 : « des enfants qui vont avoir des mauvaises habitudes, type manger entre les repas, peut être se resservir, sans doute manger de façon pas très équilibrée, avec peu de légumes. Ouais j'imagine ça avec beaucoup de sucré, beaucoup de sodas. »

Les excès alimentaires sont trop fréquents.

E9 : « mais pas à tout-va toute la journée, pas des chips au goûter, pas des bonbons à tous les goûters. »

Une médecin souligne cependant qu'elle considère comme normal qu'un enfant mange des bonbons de temps en temps.

E9 : « je pense quand même que c'est des enfants et qu'il faut qu'ils mangent des sucreries »

Les aliments sont également accessibles en permanence pour l'enfant, qui n'a plus qu'à se servir.

E10 : « Il y a des enfants ils ont en permanence quelque chose à manger avec eux. »

- L'enfant obèse passe trop de temps devant les écrans. Le fait de regarder les écrans lors des repas est un facteur de risque surajouté.

E10 : « ils sont tous rivés à leurs écrans »

E13 : « un autre facteur favorisant c'est les écrans pendant les repas. Les gens qui regardent la télé ou leur écran pendant les repas... »

- Les enfants obèses manquent d'activité physique, tant au niveau du sport qu'au niveau des gestes du quotidien.

E5 : « Bon c'est pas des fans de sport en général hein, c'est pas ceux à qui on signe le plus de certificats non plus pour faire du foot ou... de la natation »

c. Des causes moins évoquées

Certains facteurs de risque sont moins évoqués, comme une mauvaise hygiène de sommeil et le handicap physique.

E8 : « l'obésité je l'aborde avec le thème de l'insomnie, parce qu'on sait qu'un sommeil réparateur c'est aussi un sommeil où on grandit, où on digère mieux »

E3 : « le deuxième c'est plus compliqué, car c'est un enfant qui est hémiparésique de naissance donc eh... voilà l'activité physique plus compliquée »

Plusieurs médecins évoquent également la notion d'enfant-roi dans certaines cultures, en particulier dans les milieux maghrébins et turcs, où l'alimentation-récompense serait beaucoup utilisée.

E8 : « Le petit enfant turc, à 11 ans si je le vaccine, il aura son goûter pour le récompenser du vaccin »

E8 : « L'enfant-roi c'est culturel, c'est vraiment Turquie et haut du Maghreb »

d. L'impact du milieu social

Les médecins se représentent l'enfant obèse comme faisant partie d'un milieu social défavorisé. Ce milieu social est particulièrement touché par l'obésité, car tous les risques évoqués ci-dessus y sont majorés.

E1 : « il y a beaucoup de cas d'obésité dans les milieux socio-culturels défavorisés. »

L'accès aux activités sportives et aux clubs de sport est limité pour les familles défavorisées.

E5 : « on parle du sport, peut-être que les parents n'ont pas les moyens de les inscrire dans les clubs de sport. »

Le coût de l'alimentation est également mis en avant. Manger équilibré a un coût trop important.

E8 : « Les légumes sont tellement chers, la viande est tellement chère, que non ben... c'est que frites et que des choses... »

Les milieux sociaux défavorisés sont perçus comme plus sensibles aux sollicitations de la publicité, car ayant moins d'esprit critique.

E3 : « ils sont peut-être moins critiques, moins de recul par rapport aux sollicitations de publicité, d'incitations à consommer voilà »

La vision de la santé diffère selon le niveau d'éducation des familles.

E4 : « je dirais le niveau d'éducation, de conscience de ce que c'est qu'une bonne santé »

Le quotidien est également plus difficile, les parents ont moins de temps disponible pour s'occuper de leur enfant.

E3 : « les parents ont pas autant de temps et de disponibilité »

La prise en charge de l'obésité de l'enfant est plus difficile au sein des milieux défavorisés. Le coût de la prise en charge pour les familles est estimé comme le principal frein pour certain médecin, notamment l'accès chez les psychologues, diététiciens...

E4 : « le frein actuel après c'est quand même la prise en charge financière »

Cependant, il est constaté que ce frein financier peut aussi être une fausse excuse de la part des familles. En effet, l'orientation vers des professionnels dont l'accès est gratuit comme les infirmières Asalée (Action de Santé Libérale en Équipe) est parfois refusé.

E4 : « tu parles aux gens d'une diététicienne eh voilà... après nous on a l'infirmière Asalée au cabinet, mais là tu vois il y a une fratrie que je lui ai adressée et ben ils viennent pas, ils annulent... »

Les facteurs de risque sont associés à la notion d'injustice, à la fois sociale et biologique.

E7 : « on a pas tous la même chance d'avoir un environnement sain, avec la chance de pouvoir manger de façon diversifiée. »

E6 : « j'ai dans ma patientèle des gens qui ne mangent pas forcément mal, qui ont des régimes plutôt équilibrés et je pense qu'il y a une vraie injustice génétique. »

e. L'émotion comme cause de l'obésité ?

D'autres causes sont évoquées par les médecins, en lien avec le psychisme de l'enfant.

- Ainsi, les troubles du comportement alimentaire (TCA) peuvent mener à l'obésité.

E12 : « les traumatismes qu'elle a eus, les parents sont séparés, elle est suivie par une psychologue, et ben elle avait des pulsions alimentaires. Tu vois ? Ça ça peut mener à une obésité je pense, à un surpoids en tout cas, si on ne fait pas attention. »

- Les évènements de vie marquants, voire traumatisants, sont également des facteurs de risque d'obésité. Plusieurs sont évoqués, notamment les violences sexuelles, la maltraitance, la séparation des parents.

E5 : « pour ne pas qu'ils basculent sur un accident de vie, la séparation des parents, une adolescence mal vécue... qu'ils basculent dans l'obésité. »

E9 : « il y avait une fracture quand il s'est passé un événement souvent traumatisant. Que ce soit de l'inceste, le décès d'un proche comme les parents, voilà, des conflits assez graves ou violents, accidents. »

Chez l'adulte, la plupart des médecins retiennent la souffrance psychique comme cause et conséquence de l'obésité.

E2 : « Chez l'adulte oui ! L'alimentation émotionnelle, oui ! »

Chez l'enfant, les avis des médecins sont divers concernant les liens entre psychisme et obésité.

- Tous les médecins considèrent que l'obésité est responsable de souffrance psychique et de mal-être chez l'enfant.

E12 : « De la souffrance. Souffrance psychologique. »

- Pour les médecins, l'alimentation remplit plusieurs fonctions, elle peut notamment répondre aux émotions avec un rôle anxiolytique et réconfortant.

E3 : « il y a les enfants qui... qui compensent ou qui se réfugient un peu dans la nourriture et dans le sucre notamment euh... pour retrouver un réconfort »

- Certains médecins retiennent la souffrance psychique comme cause de l'obésité. Ils évoquent la notion d'alimentation émotionnelle, comme chez l'adulte.

E9 : « Mais c'est sûr que ceux qui ont choisi cette voie-là, ben soit ils vont se priver mais je pense, enfin c'est probablement une croyance hein mais j'ai pas l'impression que ce soit sur la privation quand ils sont tout petits mais plutôt sur l'excès pour la sensation de se remplir. »

- Au contraire, d'autres médecins considèrent que l'alimentation émotionnelle n'existe pas chez l'enfant. Ces médecins évoquent par contre une alimentation émotionnelle très présente chez l'adulte.

E6 : « je sais pas si c'est, si on peut transposer ce que font les adultes aux enfants de manière aussi simpliste, je suis pas sure. »

- Pour certains médecins, l'émotion n'est cause d'obésité qu'indirectement, forcément par le biais des TCA.

E3 : « il y a peut-être un cercle vicieux aussi hein... de ben voilà je suis gros alors je me sens pas bien, le regard des autres est compliqué etc, donc je suis angoissé et du coup ben je mange et on tourne un peu en rond »

Le lien entre les émotions et le poids chez l'enfant semble donc particulièrement peu consensuel entre les médecins.

f. Les habitudes de vie de la société

La société est indirectement responsable du poids des enfants, via le mode de vie. Les médecins rapportent des changements dans les habitudes de vie globales, y compris les médecins les plus jeunes de notre échantillon. Ces nouvelles habitudes de vie sont particulièrement présentes chez les enfants atteints d'obésité.

La structure des repas a changé. Cette destructuration des repas, qui ne sont plus forcément pris à table en famille, est un facteur de risque d'obésité.

E5 : « on a l'impression qu'ils ne mangent pas tous ensemble comme on a pu nous le faire »

E13 : « s'ils viennent pour un problème de surpoids, on va essayer de creuser "pourquoi, dans quelles conditions est ce que vous mangez, combien de temps vous consacrez aux repas, qu'est-ce qu'il y a pendant les repas, est ce qu'il y a des écrans ou pas". »

La société est plus sédentaire, et l'utilisation systématique de la voiture participe à la diminution globale de l'activité physique du quotidien.

E6 : « si on peut se garer devant, dans le cabinet médical on va le faire quoi. »

E13 : « il y a assez peu d'enfants lambda qui font leur activité »

Les enfants sont perçus comme faisant autant de sport qu'avant, alors que les adolescents font moins de sport.

E8 : « Le manque d'activité, tu vois ça, il y a une baisse de pratique du sport et typiquement de l'adolescent, parce que les enfants pas tant. »

Les parents limitent l'activité physique au sport, sans se rendre compte de l'importance de bouger au quotidien.

E3 : « pas forcément l'activité sportive encore que si mais même eh.. voilà bouger un peu dans la maison... si c'est un geste qui se répète mille fois dans la journée ben je pense que c'est pas anodin en termes de dépense calorique. »

E8 : « bah les enfants ne sortent plus, ne font plus rien »

Les écrans sont devenus omniprésents et majorent cette sédentarité.

E3 : « Et puis les écrans hein.. de plus en plus. Ils passent beaucoup de temps sur les écrans et ça enlève du temps pour autre chose quoi. »

Les familles séparées sont plus à risque.

E5 : « où je pense que là aussi il peut y avoir un parent concerné puis l'autre moins et ça doit favoriser un petit peu. »

Les parents servent de modèle pour l'enfant et sont les vecteurs de transmission de ces mauvaises habitudes sociales.

5. Un entourage pas toujours aidant

a. Le schéma familial

Les médecins évoquent un schéma familial « traditionnel ».

La mère est responsable de l'alimentation et de l'éducation.

E3 : « socialement c'est encore la mère qui fait beaucoup à manger hein »

Le père est peu présent.

E2 : « Le papa je ne le connais pas, je ne l'ai jamais rencontré »

Le père est même parfois un frein à la prise en charge.

E6 : « on peut pas enlever le Coca parce que papa il en boit à table. »

Les grands-parents ont une responsabilité, car ils ont tendance à gaver l'enfant. Ils remplissent souvent le rôle de « nounou » pour leurs petits-enfants.

E1 : « la mamie qui garde la petite les week-ends ou les mercredis et la mamie lui donne des bonbons, des gâteaux, etc »

Les médecins décrivent 2 types de familles : la famille où tout le monde est obèse, et la famille où seul un enfant est obèse.

b. L'obésité comme norme familiale

Le plus souvent, c'est toute la famille qui est obèse.

E10 : « c'est souvent des familles de gros »

Quand toute la famille est obèse, il peut y avoir deux situations :

- L'obésité peut être une norme, un non-sujet, ce qui facilite le vécu de l'enfant, mais complique la prise en charge.

E10 : « quand c'est des obésités familiales, tout le monde est gros dans la famille, je veux dire pour eux c'est pas... pas forcément un problème qu'on soit gros. »

E7 : « je pense que ça doit être encore plus compliqué si tout le monde est obèse. »

Les médecins évoquent l'impact de la culture sur le poids : l'obésité est perçue comme quelque chose de culturel. En fonction de l'origine culturelle, l'alimentation et la perception du corps normal ou beau est différente.

E8 : « Le facteur culturel impacte énormément. »

E13 : « Parce que culturellement tu es en bonne santé quand tu es costaud, quand tu es bien portant, voire quand tu es obèse en fait »

Lorsque l'obésité est perçue comme quelque chose de culturel, il est particulièrement difficile d'intervenir pour le médecin.

E13 : « Comment veux-tu changer la culture de quelqu'un ? »

- Parfois, les parents ont un vécu douloureux de leur propre obésité et du monde médical, ils sont alors dans le déni et l'évitement pour préserver leur enfant.

E6 : « y a aussi beaucoup d'adultes qui ont eu de l'obésité dans l'enfance et qui nous disent, "c'était horrible quand j'étais enfant, le médecin mettait les points sur la courbe et il disait que j'étais gros, c'était horrible." »

E2 : « dès qu'on parle de leur enfant j'ai l'impression qu'ils se bloquent un peu et que du coup... »

Parfois, en grandissant et en sortant de son milieu familial, l'enfant se rend compte que ce n'est pas la norme. L'obésité peut alors devenir source de conflit au sein de la famille, car l'enfant en veut à ses parents.

E12 : « je pense qu'il peut y avoir des répercussions sur la vie familiale, s'il y a des conflits sur le poids, sur l'alimentation »

E8 : « C'est l'enfant qui lui-même va dire "à l'école on m'a dit que j'étais gros, c'est de votre faute les parents", par exemple. »

La prise en charge semble plus compliquée lorsque le reste de la famille est également en surpoids ou obèse pour plusieurs raisons.

- Toutes les habitudes de vie de la famille doivent être modifiées, et ces changements sont difficiles à mettre en place.

E1 : « ça remet tout en cause et c'est tellement violent et difficile pour les parents que... c'est plus facile de baisser les bras »

- L'obésité est vue comme une norme au sein de ces familles, elle n'est pas considérée comme une pathologie.

E8 : « ils sont dans un milieu où pour les gens qui sont en surpoids, il y a presque une normalité »

Néanmoins, certains utilisent l'argument de l'obésité familiale pour déculpabiliser les parents et débloquer la prise en charge.

E4 : « tourner le truc en disant mais en fait eh genre c'est pas de votre faute, il y a quelque chose de familial donc hop on peut écarter la culpabilité et puis maintenant on va bosser dessus ».

c. Être le seul obèse de la famille

Parfois, seul l'enfant est obèse dans la famille.

E11 : « les autres enfants ne sont pas obèses, il y a que elle. »

Il faut alors penser à chercher un évènement de vie traumatisant comme étiologie.

E9 : « Soit c'est dans la famille quelqu'un d'isolé, en général il y a quand même eu un facteur déclenchant. »

Quand seul l'enfant est obèse, il y a également deux situations :

- L'enfant est différent, donc discriminé. Le reste de la famille va bien, et ne voit donc pas de raison de changer, l'enfant est alors le seul à devoir changer ses habitudes.

E8 : « pour remettre l'alimentation d'aplomb dans les familles, si les parents ne montrent pas l'exemple, si les parents ne participent pas, c'est juste un calvaire pour l'enfant. »

Les parents profitent parfois de la consultation pour rejeter la faute sur l'enfant.

E8 : « Je revois des parents même, c'est horrible, mais dire "ah tu vois le docteur a dit que t'étais gros, tu vois que tu manges pas bien, maintenant que le docteur l'a dit, c'est zéro coca, maintenant que le docteur l'a dit j'avais raison" ».

Cela peut aller jusqu'à la limite de la maltraitance.

E9 : « je trouvais que les propos étaient franchement agressifs quoi, limite, j'exagère, mais maltraitant. »

Un médecin évoque l'antécédent de TCA chez la maman comme facteur de risque de maltraitance dans cette situation.

E9 : « j'avais l'impression que la mère avait des troubles du comportement alimentaire à type d'anorexie plutôt probablement plus jeune »

- L'enfant est différent, mais le reste de la famille va le soutenir en adaptant ses habitudes, et le changement est plus facile que quand toute la famille est obèse.

E13 : « ils vont faire l'effort d'acheter différemment, de pas tenter l'enfant, moi je suis pas en surpoids, j'ai mon activité, j'ai cette chance-là, je stocke pas, je suis capable de manger, mais pour mon enfant je vais pas l'acheter parce que c'est plus difficile pour lui. »

d. Des adultes qui font au plus simple

Certains des facteurs de risque d'obésité sont reliés à la notion d'aller au plus facile :

- le sucre, les aliments industriels, les fast-foods ;

E3 : « surtout ce qui est sodas enfin les boissons sucrées, les sucreries, les goûter très sucrés eh... les petits-déjeuners très sucrés avec des trucs tout prêt en fait, avec les viennoiseries, les céréales, euh... tout ce qui est bourré de sucre là et qui est facile en fait »

E11 : « les gens qui n'ont pas le temps forcément il y a plus de fast-food »

- l'usage de la voiture au quotidien au lieu de marcher ;

E5 : les gens ils emmènent leur enfant faire une heure de tennis en voiture

- les écrans, qui sont utilisés pour occuper l'enfant.

E8 : « il a le smartphone devant la tête, et c'est vrai que c'est miracle, il ne bouge plus. »

Les parents et la nounou vont vers ces solutions de facilité. Cette tendance à aller au plus simple est mal perçue par les médecins, qui considèrent encore plus les parents comme étant responsables de l'obésité de leur enfant. Les médecins portent d'autant plus un regard empreint de jugement sur les parents.

De plus, l'usage du sucre et des écrans comme « outil pédagogique » pour calmer l'enfant, le faire taire sans effort est complètement incompris par les médecins, qui ont l'impression que les parents échouent dans l'éducation de l'enfant.

E1 : « C'est souvent qu'on donne quelque chose à manger pour calmer l'enfant. »

E8 : « dès le plus jeune âge, l'écran est utilisé comme un patch d'empla, c'est-à-dire qu'il va commencer à faire du bruit, à brailler, il a le smartphone devant la tête »

Certains médecins cherchent à expliquer cette tendance à aller au plus facile.

- Les parents manquent de temps au quotidien.

E6 : « ils font pas d'activité physique, on les inscrit à aucun cours parce que les parents ils ont pas le temps »

E2 : « ils sont épuisés et je comprends... donc ils donnent un peu que des sucreries et que des gâteaux. »

Cependant, un médecin estime qu'avec l'instauration des 35 heures, les parents ont en réalité plus de temps pour s'occuper des enfants.

E5 : « Les parents ont plus de temps, s'occupent plus de leurs enfants »

- Les aliments de mauvaise qualité coûtent moins cher.

E11 : « la malbouffe aussi qui est pas chère »

Cependant, un médecin considère au contraire que bien manger est moins cher.

E1 : « j'explique qu'un bout de pain, qu'un fruit peut suffire et qu'en plus ça coûte moins cher »

Un autre médecin rappelle également que la part de l'alimentation dans le budget a beaucoup diminué depuis le milieu du 20^e siècle.

E5 : « à l'époque le budget familial pour manger c'était 30 à 35 % du budget que ramenait le père de famille à la maison. Je pense qu'actuellement, même ceux qui sont en surpoids on atteint pas. »

- Les parents manquent d'esprit critique vis-à-vis de la publicité.

E3 : « des ruses commerciales pour faire croire que certains aliments sont diététiques et ne le sont pas »

- Les parents sont en difficulté eux-mêmes, et doivent prioriser les difficultés dans un quotidien pas évident.

E4 : « l'adulte peut lui aussi être en détresse ou pas avoir les moyens psychiques, cognitifs, d'agir. »

E11 : « ils sont quand même une fratrie de 4 donc ils ont pas mal à gérer, ils n'habitent pas à côté en plus parce que y a pas de médecin, le papa il travaille de nuit, la mère elle fait des ménages la journée. »

L'obésité de l'enfant n'est pas une priorité pour les familles, aussi longtemps qu'elle ne pose pas de soucis. On l'a vu plus haut, ce sont souvent les complications et les moqueries qui engendrent un déclic.

6. Le schéma victime, sauveur, coupable

Les relations entre le parent, l'enfant, et le médecin peuvent se conceptualiser selon un schéma victime, coupable, sauveur.

a. La victime

L'enfant n'est pas responsable de son obésité.

E5 : « c'est pas de la faute de l'enfant quoi. »

Pourtant, c'est lui qui porte le poids de l'obésité au quotidien, que ce soient les conséquences physiques et psychiques, mais également le regard grossophobe de la société. Il subit des moqueries, voir des violences.

E2 : « Il me dit par exemple, qu'on le traite de gros cochon ou alors qu'on le brutalise un peu, on peut le taper, mais c'est surtout de la violence verbale. »

E5 : « tous les adultes ne sont pas forcément bienveillants... il y a une grossophobie dans notre pays en général »

Il en résulte que l'enfant doit se protéger, physiquement et psychologiquement.

E7 : « ça peut faire des enfants très nerveux finalement très sur la protection, sur la défensive. »

L'image du « bon vivant » peut servir de carapace pour certains.

E10 : « c'est des gens qui souffrent mais qui le cachent en étant... en ayant l'air du bon vivant »

b. Les coupables

Le parent est facilement désigné comme le responsable de l'obésité de l'enfant, car c'est lui qui sert de modèle à l'enfant, qui lui transmet ses habitudes de vie. Or, on l'a vu, pour les médecins, les habitudes de vie ont un rôle majeur dans le développement de l'obésité.

E4 : « je recentre plutôt sur le parent, en me disant que c'est quand même lui qui est responsable de ce que son enfant mange, ou de ce qu'il fait, ou de ses écrans enfin voilà »

E7 : « On a tous un peu le réflexe de prendre comme image parfaite nos parents »

De plus, on l'a vu, l'adulte a tendance à aller vers la facilité, ce qui majore l'impression de responsabilité, voire d'irresponsabilité. Voir que les enfants mangent et regardent les écrans, parfois même en consultation, est source d'incompréhension et de colère de la part des médecins.

E4 : « tu vois bien de toute façon en salle d'attente, moi y a quand même une caisse de t'choupi complète et y en a qui vont sortir le téléphone pour faire patienter »

E8 : « Et les adolescents qui une fois sur deux, pour un suivi classique, pas pour un truc aigu quand ils se sont fait une blessure ou quand ils viennent pour une angine, ils sont sur le portable pendant que je leur parle. »

Certains facteurs nuancent cependant cette responsabilité des parents :

- Ils sont soumis à la pression exercée par l'industrie agro-alimentaire et la publicité, face à laquelle ils ne peuvent pas faire le poids. L'industrie agro-alimentaire et la publicité ont donc une responsabilité dans l'obésité pédiatrique.

E7 : « s'il est obèse c'est que finalement c'est aussi peut-être un problème, pas d'éducation mais d'environnement et que indirectement le problème il vient aussi d'eux. »

E5 : « autant de pub pour la gestion du poids que pour la vente de Coca, ou de chips, ou de Kinder Bueno »

- Les milieux défavorisés ont plus d'excuses, car ils multiplient déjà les difficultés au quotidien. Au contraire, les milieux favorisés n'ont aucune excuse pour se trouver dans une situation d'obésité pédiatrique, car ils ont toutes les clés en main pour que cela n'arrive pas.

E2 : « ils ont de l'argent, ils sont cultivés a priori, mais donc voilà c'est un peu... donc voilà »

c. Le sauveur

Le médecin intervient dans ce couple parent-enfant. Le médecin se représente qu'il doit aborder le sujet, même si ce n'est pas une demande des patients. Il voit cette intervention comme une mission, comme un devoir qu'il se doit d'accomplir.

E8 : « c'est sûr que je me sens investi d'une mission »

Néanmoins, il se retrouve souvent face à des familles dans le déni, ne souhaitant pas aborder le sujet. Il est alors en colère contre les parents, car il se sent impuissant face à une situation qu'il trouve grave pour l'enfant, puisqu'elle compromet sa santé et sa qualité de vie. Cette inertie des parents est vue comme une nouvelle preuve de mauvaise volonté.

E13 : « tu es un peu démuni, parce que tu tournes en rond, tu as fait tout ce que tu pouvais faire, tu as pris du temps, tu as expliqué, tu as revu, et des fois tu sais plus par quel bout prendre le problème. »

E1 : « ça a tendance peut être à m'énerver de voir que les parents finalement ne veulent pas comprendre »

Parfois, le médecin se rend compte de la difficulté que la prise en charge représente pour les familles, mais ce n'est pas la première réaction qui le traverse.

E2 : « ils se lancent dans un processus quand même pas facile. »

Le médecin peut parfois se sentir impuissant face à la pression exercée par la publicité et l'industrie agro-alimentaire.

E5 : « autant de pub pour la gestion du poids que pour la vente de Coca, ou de chips, ou de Kinder Bueno et ben que le combat n'est pas perdu, mais il est trop inégal quoi. »

Ainsi, les médecins se représentent d'emblée la prise en charge comme un futur échec.

7. Manger, une action aux multiples facettes

a. Les représentations de l'alimentation

Au cours des entretiens, plusieurs fonctions de l'alimentation ont été abordées. L'alimentation ne se résumant pas au fait de manger, certains médecins soulignent la manière dont les parents d'enfants obèses considèrent l'alimentation et lui donnent sens.

E3 : « c'est que c'est très compliqué l'alimentation. C'est pas juste tu donnes à manger c'est beaucoup plus que ça »

L'alimentation a plusieurs fonctions qui sont utilisées par l'entourage de l'enfant.

- Nourrir c'est prendre soin de l'enfant, ce qui est valorisant pour le parent.

E1 : « Qui eux se sentent valorisés en offrant une sucrerie à leur enfant et remplissent leur rôle de bons parents, de nourrir l'enfant. »

- Donner à manger à l'enfant est aussi une manière de l'apaiser, le calmer et le réconforter.

E10 : « Les enfants ils sont dans la salle d'attente, ils ont des petits pains au chocolat, même ici, pour les calmer tout le temps »

- L'alimentation est également très souvent utilisée par l'entourage pour récompenser l'enfant, lui faire plaisir, ce qui passe souvent par des sucreries.

E3 : « la représentation d'alimentation un peu... récompense, qui est beaucoup utilisée aussi »

- Enfin, l'alimentation peut aussi être utilisée pour occuper l'enfant et passer le temps.

E8 : « l'alimentation est utilisée comme une récompense, ou comme... euh... la manière d'occuper les enfants »

La culture a aussi un impact important sur l'alimentation, autant sur la qualité du repas que sur son déroulé.

E5 : « je suis quelques familles de forains, chez eux manger c'est le loisir »

E11 : « c'est de la bonne bouffe du pays »

b. La comparaison aux addictions

À plusieurs reprises, la prise en charge de l'obésité est comparée à celle des addictions. La difficulté de la prise en charge et les stades de réflexion de la famille sont mis en parallèle avec le cercle de Prochaska et Di Clemente.

E13 : « en multipliant les alertes... comme avec le tabagisme... je prends conscience de ma maladie, je mets les éléments en place pour intervenir, et je vais bientôt intervenir... »

On retrouve dans les entretiens les différents stades de changements auxquels se situent les parents.

- Le stade de pré-contemplation peut être représenté par le déni des parents, ils n'ont pas conscience que leurs habitudes de vie ont une incidence négative sur le poids de leur enfant.

E6 : « les parents n'ont pas forcément conscience que ça vient aussi du mode de vie global »

- Le stade de contemplation peut être représenté par les familles qui connaissent leurs erreurs, mais le fait de savoir ne suffit pas à agir.

E13 : « mais les gens... enfin... oui on va mettre le point sur des erreurs, le plus souvent les erreurs elles sont connues »

- La détermination est représentée par la prise de conscience et la motivation aux changements des familles.

E2 : « après, à force, les parents se prennent par la main, prennent l'enfant par la main, et puis on arrive à mettre en place des choses »

Si certains évoquent la prise en charge qui est similaire à celle des addictions, d'autres mettent en avant le pouvoir addictif du sucre.

E1 : « Je pense qu'il y a une grosse appétence pour le sucre, oui. C'est difficile de s'en dépêtrer »

Cette appétence pour le sucre est considérée comme créée et cultivée par l'entourage via l'alimentation récompense.

E3 : « C'est-à-dire je pense qu'aussi on la cultive, enfin on l'induit même dans le sens où... eh ben on récompense aussi, souvent on récompense un bon comportement par un bonbon ou par un biscuit ou eh... et ça, ça donne aussi à l'enfant une vision particulière du sucre récompense alors qu'il ne l'a pas forcément au départ lui »

8. L'image du corps dans la société

a. Les représentations des parents du corps de leur enfant

Les parents aiment leur enfant, de sorte qu'annoncer un diagnostic stigmatisant comme l'obésité est équivalent à dévaloriser ce qu'ils ont de plus précieux.

E8 : « c'est quand même ton enfant, comme on dit toujours, l'enfant c'est la prune de tes yeux »

À l'inverse, certains parents n'entendent pas le diagnostic, car ils considèrent que c'est normal d'avoir des rondeurs lorsqu'on est un enfant. Ils ne connaissent pas la physiologie de la courbe d'IMC.

E4 : « Certains parents pensent qu'il est normal d'être potelé »

Les parents ont également à cœur de remplir leur rôle au mieux et nourrir son enfant en fait partie. Ils ont l'image du « bon parent nourricier ».

E3 : « je les nourris bien, je suis une bonne mère »

Il en découle donc une peur de la maigreur. Avoir un enfant maigre est mal vu, les parents ont peur du jugement de la société sur leur parentalité.

E3 : « j'ai une nièce alors vraiment elle est maigre comme un clou et elle mange rien, au moins les miens ils mangent bien »

b. L'image du corps et de la personne obèse dans la société

Plusieurs représentations de l'image du corps existent au sein de la société, et cette image évolue au cours du temps, comme ont pu l'évoquer certains médecins. La perception sociale de ce qu'est un corps beau et sain impacte la façon dont sont perçues les personnes obèses, par elles-mêmes et par la société.

Il y avait le culte de l'ultra-maigreur il y a quelques années.

E8 : « il y a moins le culte de l'ultra-maigreur. »

Désormais, le culte des formes s'est installé. Le développement du « body positivisme », qui est un mouvement social d'acceptation de son corps beau tel qu'il est, et de tous les corps qui existent, facilite le vécu de l'obésité, mais peut être un frein à la prise en charge.

E8 : « Je trouve que maintenant il y a quand même le culte des formes »

E4 : « Alors que s'ils sont partis dans un discours en tout cas qui est "on s'accepte comme on est, on n'a pas de complexe et ben tu viens un peu tout bousculer". »

Il est intéressant de noter que seule une médecin évoque l'impact des réseaux sociaux sur la perception du corps normal, en l'associant à la notion de harcèlement en ligne. Aucun autre médecin n'aborde ce sujet.

E4 : « on peut imaginer le harcèlement par réseaux sociaux, les moqueries. »

De plus, tous sont d'accord pour dire que le surpoids étant devenu plus fréquent, il est plus facile à vivre.

E8 : « maintenant le petit embonpoint il ne dérange plus comme avant »

De même, l'obésité peut être considérée comme une norme dans certaines familles ou certaines cultures. De ce fait, elle peut être bien vécue pour l'enfant dans ces espaces sociaux restreints.

E13 : « ils sont dans un microcosme où ils fréquentent des enfants du même type, il doit pas y avoir de différence »

Néanmoins, une fois sorti du cercle familial et/ou culturel, le vécu peut être difficile pour l'enfant, car la différence se fait ressentir.

E13 : « la difficulté peut apparaître quand ils sortent de ce milieu-là, pour la scolarité où ils vont voir ailleurs »

Les médecins ont conscience de certaines représentations sociales au sujet de l'obésité.

- Tout d'abord, la société tient responsable la personne obèse de son poids.

E6 : « globalement y a beaucoup de gens qui pensent que... que c'est juste de la faute... ils ont qu'à moins manger et ils seront moins gros »

- L'obésité est souvent utilisée comme un sujet d'humour au sein de la société.

E5 : « les blagues sur les gros lors du dîner familial »

- Parfois la personne obèse est vue comme une personne paresseuse.

E4 : « dans notre imaginaire collectif le gros est paresseux »

- La personne obèse peut aussi être perçue comme une personne joviale.

E5 : « l'image du petit gros rigolard »

9. Le médecin en lui-même

a. L'image du médecin

Le médecin est vu par les patients comme un modèle. Il se doit de montrer l'exemple.

E8 : « Mais de me voir comme ça, bien sûr, parce qu'ils savent que le médecin est en bonne santé. C'est comme fumer et dire arrêtez de fumer aux patients »

Le médecin est une personne qui est respectée par ses patients et même admirée.

E11 : « il y a beaucoup de respect du médecin je pense aussi culturel. »

E7 : « on le voit des fois on suscite un peu d'admiration en fonction de ce qu'on fait. »

De ce fait, son discours a un impact important sur les parents, l'enfant ou même l'entourage.

E8 : « ils attendent qu'il y ait le mot du docteur, qui a la parole, pas sacro-sainte mais un petit peu plus... qui a un peu plus de poids »

Le poids du médecin est aussi décrit comme ayant un impact dans la prise en charge de l'obésité.

E4 : « Après je pense que ton propre physique à toi en tant que médecin forcément dégage quelque chose. »

Les avis divergent sur l'impact du poids du médecin.

E4 : « En fait, je pense que le fait d'être mince ou d'être gros c'est ni un avantage ni un inconvénient mais t'es obligé d'en être conscient dans ta relation quoi »

- Un médecin en surpoids ou obèse peut être décrédibilisé par son image.

E5 : « c'est sûr qu'on est beaucoup plus crédibles en disant qu'on est en bonne santé, qu'on n'a pas de douleur articulaire et qu'on n'est pas en surpoids. Ça joue, ouais. Pour l'image. »

- Néanmoins, un médecin obèse peut aussi être moins stigmatisant, jugeant avec le patient.

E4 : « que le soignant soit en surpoids, ça peut lui permettre vraiment d'être dans le non jugement »

- Enfin, le fait que le médecin ne soit pas en surpoids peut également être perçu comme un inconvénient.

E4 : « Donc moi ça va être "ben oui forcément elle est toute mince alors elle trouve qu'il est trop gros " »

b. Être impacté par sa vie personnelle

Le médecin précise parfois que dans le cadre des consultations de pédiatrie son regard n'est pas neutre, sa prise en charge peut être impactée par sa vie personnelle, notamment pour les femmes qui présentent un côté maternel.

E3 : « c'est des enfants, donc j'ai toujours un petit attachement à me dire qu'ils soient bien et les aider pour qu'ils soient bien »

Pour autant, certains n'ont pas été impactés par leur parentalité.

E4 : « pour le coup ça me faisait ça même avant que moi-même je sois mère. »

D'autres sont impactés par leur propre histoire pondérale.

E8 : « Donc ça, c'est du vécu personnel qui du coup influe sur ma prise en charge pour ceux qui se plaignent de douleurs articulaires et au niveau du sport. »

10. L'enfant en situation d'obésité

a. Les émotions de l'enfant

Pour certains médecins, l'enfant n'a pas toujours conscience de son problème de poids, ou d'être malade.

E6 : « ils ont pas forcément la conscience les enfants à cet âge-là qu'ils sont en surpoids. »

Pour d'autres, l'enfant est bien conscient de son problème de poids.

E13 : « l'enfant qui en fait en a trop conscience de ce surpoids »

L'enfant se trouve différent des autres et souffre de cette différence.

E1 : « C'est des enfants qui souffrent de la différence et du manque de capacité physique par rapport aux autres. »

Il souffre aussi du regard des autres.

E3 : « les enfants commencent peut-être à s'en plaindre un peu... le regard des autres qui commence à les importer et à les importuner »

La souffrance est omniprésente chez l'enfant obèse, elle est à la fois physique et psychique.

E6 : « Et là, je pense que oui il y a une vraie souffrance physique »

E12 : « De la souffrance. Souffrance psychologique. »

Il est décrit comme triste et anxieux.

E4 : « je dirais peut-être un manque de confiance en soi, sûrement je dirais de l'anxiété »

E5 : « J'ai vu quelques enfants parfois la larme à l'œil quand même quand on évoquait »

L'enfant obèse est limité physiquement, il a plus de mal à bouger, à courir, et transpire au moindre effort.

E1 : « les enfants se rendent compte qu'ils ont du mal à se déplacer, qu'ils courent moins vite que les copains. »

Ainsi l'enfant obèse évite les situations qui pourraient le mettre en échec, notamment lors des activités physiques à l'école, et plus particulièrement la piscine.

E10 : « pour eux c'est anormal d'être essouffés quand ils courent, donc souvent ils veulent une dispense de sport. »

E6 : « on te dit "faut aller faire de la natation" ben non, elle va jamais aller se mettre en maillot de bain. »

L'enfant obèse, encore plus que les autres, a du mal à exprimer, gérer, reconnaître ses émotions.

E2 : « Ils ont du mal à exprimer leurs émotions, ils vont être très... ils vont pas parler » « Je pense qu'ils ont du mal à gérer les émotions globalement, à les accepter. »

Il est vu comme introverti, mal dans sa peau.

E7 : « Je pense que c'est des enfants qui sont hyper introvertis, »

E5 : « je pense qu'ils ont quand même une image d'eux-mêmes, on parle surtout des obèses, qui doit pas être excellente »

Il doit se protéger, se forger une carapace, et peut donc parfois devenir agressif envers les autres.

E2 : « j'ai l'impression qu'ils font une sorte de carapace pour se protéger. » « Enfin cette carapace... pour se... enfin quand on les brutalise à l'école par exemple, ils vont pas pleurer, enfin ils peuvent pas, du coup ils se protègent un peu... »

Il en résulte parfois des conflits familiaux.

E12 : « je pense qu'il peut y avoir des répercussions sur la vie familiale, s'il y a des conflits sur le poids, sur l'alimentation »

L'enfant obèse est isolé, à l'écart des relations sociales et amoureuses normales à son âge.

E4 : « tu peux peut-être à un moment te sentir en dehors des histoires d'amourettes, de dragues et tout ça »

E5 : « si on fait une petite activité sportive, on va plutôt jouer avec son cousin à poids normal qu'avec celui qui est en surpoids, parce qu'il sera moins fort, moins apte. »

Cet isolement favorise la sédentarité.

E7 : « s'ils sont isolés ils vont faire des choses qui... ils vont pas aller faire des activités de sport, ils vont pas aller se dépenser, ils vont pas aller voir les copains le week-end. »

Toutefois, l'obésité n'est pas toujours source de souffrance. Certains enfants obèses sont bien dans leur peau et épanouis.

E12 : « Je pense qu'ils peuvent très bien le vivre, je pense qu'ils peuvent très très bien le vivre, avoir une vie normale, et à l'école ça se passe tout à fait bien »

Certains enfants semblent tirer même un avantage de leur obésité.

E4 : « c'était devenu le caïd, c'était un petit garçon donc du coup en mettant des vêtements larges et tout il avait l'air costaud et en fait c'était un peu son image de marque. Et finalement il essayait d'en tirer parti. »

b. La particularité de l'adolescent

Comme certains médecins ont pu le souligner, l'adolescence est une période cruciale dans le développement de l'enfant.

E11 : « c'est aussi le moment où ils sont en train d'élaborer leur personnalité future » « c'est un âge charnière pour agir aussi au niveau psy »

L'adolescence est une période où l'enfant est souvent mal dans sa peau, même en l'absence de problème de poids.

E4 : « j'imagine que quand t'es ado déjà quand tu n'as pas de problème de surpoids t'es pas forcément bien dans ton corps, donc si en plus t'as un problème de poids c'est encore moins facile. »

De plus, il existe une certaine pression sociale autour du corps parfait. Cette pression s'exerce encore plus sur les adolescentes.

E3 : « Il y a une pression sociale quand même sur... alors sur les plus grands et plus grandes hein, le corps parfait eh... les ados, qui fait qui participe à ce mal-être aussi. »

L'enfant obèse est donc plus impacté en avançant dans l'âge.

E11 : « On voit plus souvent à partir de la pré-adolescence où ça devient quand même bien problématique, et là où ça commence à poser problème avec les camarades à l'école donc l'aspect psycho social qui devient lourd à ce moment-là »

L'adolescent obèse souffre psychologiquement.

E8 : « c'est un facteur de risque, et un facteur étiologique de réel... peut être pas dépression parce que le terme est un peu... mais de mal-être de l'adolescent. »

Plusieurs médecins mettent en avant la difficulté qu'ils rencontrent à communiquer avec les adolescents en général.

E5 : « après pour les ados ben c'est comment parler à un ado quoi... »

L'obésité se résout parfois à l'entrée dans l'âge adulte, notamment quand l'enfant « coupe le cordon » avec les parents, alors même que parfois il continue à manger et vivre chez ses parents.

E3 : « quand ils deviennent jeunes adultes, quand ils prennent leur indépendance même s'ils restent vivre chez leurs parents, donc ils mangent encore ce que fait la maman hein mais... mais ils prennent un peu leur indépendance et alors en fait à ce moment-là, alors est-ce que ça correspond aussi à l'âge, à un âge où eh... il y a des choses qui changent et voila mais en tout cas ils ont perdu du poids à ce moment et ils sont revenus à un IMC normal »

c. L'accès aux vêtements

L'accès aux vêtements pour les enfants obèses est perçu différemment selon les médecins.

Pour certains ce n'est plus un problème de nos jours.

E8 : « Après les vêtements... pas trop parce qu'ils rentrent... maintenant il y a des vêtements de toute taille »

Pour d'autres, l'enfant ne peut pas mettre les vêtements qu'il souhaite.

E4 : « c'est plus des plus grands je dirais, qui te disent que tous les matins quand ils s'habillent ça leur fait mal au cœur de se voir dans la glace, de pas pouvoir rentrer dans les beaux vêtements »

11. Le milieu médical

a. Exercer en zone rurale

L'exercice en campagne est décrit comme un frein à la prise en charge du fait de la distance avec les autres professionnels de santé.

E6 : « si en plus on leur dit il faut faire une heure de route pour aller voir quelqu'un qui s'y connaît... on les perd quoi »

Au contraire, le fait de travailler à plusieurs au sein de la même structure est aidant et facilite une prise en charge coordonnée.

E7 : « le fait de bosser dans une atmosphère avec plusieurs praticiens, ici dans le bâtiment il y a des nutritionnistes, je pense que ça peut être un atout. »

b. Perception de l'enfant par le médecin

L'enfant obèse est décrit comme physiquement différent des autres.

E1 : « Les enfants obèses sont beaucoup plus grands que les autres »

E8 : « ça donne des pubertés précoces »

Les médecins considèrent l'obésité de l'enfant comme une maladie.

E8 : « Eux ils arrivent ils pensent être grassouillets, toi tu dis "écoutez j'ai calculé, vous êtes en obésité, c'est une maladie" »

On retrouve également le côté normatif des soignants, être obèse est considéré comme être hors norme.

E9 : « elle est clairement hors norme »

Néanmoins, les médecins veillent à ne pas montrer à l'enfant qu'ils les considèrent comme malade.

E5 : « il y a une problématique mais c'est quand même pas des enfants malades... enfin, en tout cas à leur renvoyer l'idée que je les regarde comme des malades. »

Ainsi, l'enfant doit être considéré comme tous les autres, sans différence par le médecin.

E8 : « ça doit rester un enfant normal. Moi je change rien. »

c. La consultation de médecine générale

Lors de la consultation médicale, les médecins jugent primordial d'instaurer un climat de confiance avec l'enfant et ses parents.

E7 : « leur montrer qu'on peut les accompagner sans les juger, en les écoutant, en faisant en sorte qu'ils se sentent bien avec nous »

Ils essaient de s'adapter à l'enfant et de l'impliquer dans sa prise en charge.

E2 : « Il y a les parents, mais moi je parle tout le temps à l'enfant, enfin à l'enfant avant, et après je parle aux parents évidemment pour savoir ce qu'il en est exactement »

E9 : « j'adapte aussi au cas par cas, au point de vue de l'enfant. »

Il est également essentiel que l'enfant soit valorisé.

E6 : « je les félicite quand c'est mieux d'une fois sur l'autre, je leur dis ben tu as vu c'est super cette fois ci »

D'après les médecins, la consultation est globalement mal vécue par l'enfant.

E9 : « Je suis pas sûre qu'elle soit bien vécue »

L'enfant a peur du jugement et de montrer son corps.

E7 : « Ils ont peur finalement je pense du jugement du médecin, qu'on soit trop dans le côté un peu paternaliste, un peu "c'est pas bien". Ils ont peur de se déshabiller, ils ont peur de se mettre en caleçon, ils ont peur de nous montrer leurs bourrelets. »

Ainsi, le moment de la pesée est particulièrement désagréable.

E3 : « j'ai senti ça plusieurs fois où voila on fait la visite on pèse, on mesure et personne ne parle de rien, y a un grand silence après le poids... »

Il en résulte que l'enfant obèse est moins suivi que les autres.

E4 : « finalement souvent c'est des enfants qu'on ne voit pas tant que ça, ou qui ne font pas de visite systématique »

Certains médecins ont constaté que lorsque l'enfant n'est pas pris au dépourvu, la consultation est mieux vécue. L'enfant s'attend à être pesé et mesuré lors d'une visite de suivi, mais pas forcément lorsqu'il consulte alors qu'il est malade.

E5 : « Admettons qu'ils viennent pour un certificat, poids/ taille c'est prévu » « il a de la fièvre, il a mal à la gorge et en plus on va lui retomber dessus pour son surpoids. »

E13 : « Il est pas venu pour ça, il est pas préparé, et tu dois lui annoncer ça. Là, ça peut être compliqué. »

Certains médecins rapportent que la consultation de médecine générale n'est pas adaptée à la prise en charge de l'obésité pédiatrique.

- La posture du médecin est intimidante pour l'enfant, qui ne peut pas se confier.

E5 : « C'est je pense pas facile pour un gamin, alors c'est peut-être pour ça que c'est plus facile avec une infirmière Asalée ou avec une psychologue ou euh... c'est pas très facile, ils viennent en consult j'ai un bureau » « Je pense que le cadre, où je sais pas faire, des consults n'est pas très favorable quand même pour que l'enfant puisse se livrer la-dessus. »

- De plus, la durée limitée des consultations ne permet pas une prise en charge optimale.

E3 : « on peut pas tout aborder en une consultation, il faudrait dix consultations... »

d. Perception de la grossophobie médicale

Les médecins ont une vision très variée de la grossophobie dans le milieu médical. Certains prononcent le mot « grossophobie », le milieu médical est vu comme normatif, donc pas bienveillant pour l'enfant.

E2 : « le milieu médical est grossophobe de toute façon, de manière générale »

E6 : « y a des médecins qui n'aiment pas les gens gros. »

Certains médecins se rendent compte que leurs consœurs et confrères ne sont pas tous bienveillants.

E4 : « l'image qu'a le médecin on va dire de la pathologie obésité, la bienveillance ou malveillance des soignants. »

Néanmoins, certains n'évoquent pas du tout la possibilité de grossophobie médicale.

Contrairement à l'adulte, le petit gabarit de l'enfant fait que le matériel médical est adapté et n'est pas responsable de stigmatisation d'après les médecins.

E6 : « pour de la pédiatrie on a quand même habituellement des salles de consultation, des tables d'exams qui sont adaptées même à l'enfant en surpoids »

L'obésité peut néanmoins compliquer certains gestes techniques.

E13 : « certains soins qui sont plus difficiles chez les patients en surpoids, ça c'est clair »

12. La scolarité

a. L'activité physique à l'école

Les professeurs de sport sont décrits comme ayant un regard négatif sur l'enfant obèse, grossophobes.

E8 : « un prof de sport va jamais prendre au sérieux un enfant obèse. »

E2 : « J'ai l'impression qu'il y a une discrimination quand même, pas forcément dans tout, mais en tout cas en sport »

Ils pourraient pourtant avoir un rôle important, notamment en soutenant l'enfant.

E8 : « Ça devrait au contraire plus l'encadrer, plus le prendre sous son aile. »

Il semblerait qu'ils ne se rendent pas compte qu'avoir une activité physique est plus difficile quand on est en surpoids.

E10 : « il y a certains profs de sport qui ne comprennent pas pourquoi les enfants ont du mal à avoir des activités sportives. »

L'enfant est perçu comme limité physiquement et donc mis en échec avec des exercices non adaptés à ses capacités.

E2 : « mais les enfants me disent que le prof est pas très sympa, qu'il les force à courir à fond alors qu'ils sont essoufflés, qu'il les force à faire des choses qu'ils n'arrivent pas en fait, parce que le prof il n'adapte pas. Enfin je veux dire, on adapte quoi ! »

Ceci encourage certains médecins à faire des certificats médicaux afin que le professeur de sport adapte les activités physiques aux capacités de l'enfant.

E2 : « des certificats disant que le professeur devrait adapter en fonction de ses compétences, de ses capacités. »

b. La cantine

Manger à la cantine semble être plutôt protecteur, principalement à l'école primaire.

E7 : « leur problème de surpoids c'est pas tant la façon dont ils mangent à la cantine, je suis pas sûr que ce soit lié au fait qu'ils prennent du rab à la cantine, »

Manger à la cantine est un peu moins protecteur au collège, car il n'y a plus d'adultes pour vérifier la composition des plateaux.

E13 : « Après tu as des selfs, et ils prennent un peu ce qu'ils veulent, quand ils sont plus au primaire il n'y a plus de surveillance. »

c. Les enfants entre eux

Les enfants se moquent facilement, parfois sans se rendre compte de l'impact des moqueries.

E6 : « Ils disent des méchantes choses sans forcément se rendre compte que c'est vraiment méchant. »

Au contraire, les enfants peuvent aussi être vus comme tolérants.

E12 : « je pense que des fois ils peuvent être très tolérants »

Les moqueries sont plus fréquentes en avançant dans l'âge, mais peuvent être présentes dès la maternelle.

E4 : « Je pense que la grosse violence c'est au collègue »

L'enfant obèse est donc confronté à de la violence, souvent verbale mais parfois aussi physique.

E2 : « on les brutalise un peu, on peut les taper, mais c'est surtout de la violence verbale. »

L'enfant obèse subit des moqueries, mais les médecins se rendent compte qu'il y en a peut-être moins que ce qu'ils imaginent.

E9 : « mon imagination veut qu'ils sont forcément malmenés par les autres mais d'expérience finalement j'avais l'impression que c'est une minorité qui a ce problème-là »

d. Le parcours scolaire

D'après certains médecins, les professeurs ont une représentation assez négative des enfants obèses, ce qui impacte leurs évaluations.

E4 : « les profs ont probablement un a priori négatif sur un enfant en surpoids. », « on sait que l'a priori des profs a un rôle sur les résultats scolaires »

Être obèse est vu comme un désavantage par rapport aux autres enfants.

E5 : « Après je pense que c'est comme le reste, si c'est un enfant brillant, il va se rattraper, si en plus il cumule euh.. s'il est multi dys et obèse euh... ça va être long pour lui la scolarité. »

L'enfant obèse a plus de risque d'être en échec scolaire.

E7 : « très vite c'est d'ailleurs une rupture avec le scolaire, des enfants qui décrochent »

Cette stigmatisation entraîne de la souffrance chez l'enfant, et est responsable d'absentéisme scolaire.

E8 : « Du coup c'est des souffrances, donc ça va être des causes de manque de sport, d'absence scolaire. » « Je pense que quand le harcèlement va trop loin, moi ça m'arrive d'en avoir qui ratent l'école »

IV. Discussion

A. Aspects méthodologiques

1. Limites de l'étude

En tant qu'investigatrices, nous avons réalisé notre premier projet de recherche qualitative, ce qui a potentiellement pu introduire des biais d'investigation.

Notre étude peut comporter des biais de sélection, car les médecins étaient recrutés sur la base du volontariat, et donc potentiellement intéressés ou sensibilisés par le sujet. Cependant, aucun des médecins contacté n'a refusé de participer et un des médecins interrogé nous a avoué ne pas être intéressé par ce sujet.

Des biais déclaratifs peuvent également être présents. En effet, ce type d'entretien peut mettre le médecin interrogé dans une posture délicate et la peur du jugement pourrait le conduire à vouloir donner bonne impression et à ne pas être complètement libre dans ses réponses. De même, il est possible que le médecin n'ose pas affirmer ne pas savoir et ainsi aille puiser sa réponse dans des généralités communément admises. Afin de limiter cette autocensure, nous avons avant de débiter chaque entretien introduit notre sujet en précisant que tout serait anonymisé et l'enregistrement supprimé après retranscription. Nous avons également introduit un climat en confiance en assurant l'absence de jugement de notre part sur les futurs propos. De plus, durant les entretiens nous avons essayé de rester neutres afin de ne pas laisser transparaître nos émotions et mettre le médecin dans une position inconfortable. Pour terminer sur les biais déclaratifs, le fait qu'aucune des investigatrices ne

soit obèse peut avoir permis au médecin d'être plus direct dans ces propos. Ces différents biais déclaratifs vont dans le même sens et accentuent potentiellement la perception des représentations.

Par ailleurs, notre travail aurait pu être enrichi avec l'entretien d'un médecin obèse ou un médecin ayant été obèse lors de son enfance, mais nous n'avons pu organiser cela. Nous avons également choisi de ne pas demander l'IMC des médecins interrogés pour ne pas être intrusif, et laisser la possibilité au médecin de parler de son propre poids.

2. Forces de l'étude

La validité interne de l'étude était assurée par l'utilisation d'un guide d'entretien qui a été relu par une sociologue puis testé et amélioré à plusieurs reprises avant d'engager les premiers entretiens. Le guide d'entretien comprenait des questions ouvertes facilitant la discussion avec le médecin. Les entretiens ont eu lieu dans un lieu choisi par le médecin, tout ceci ayant pour but de le mettre le plus à l'aise possible afin d'avoir accès à ses représentations.

Concernant notre échantillon, nous avons essayé au maximum d'avoir un échantillon varié avec des médecins hommes et femmes ayant plus ou moins d'expérience permettant ainsi l'accès à différentes représentations.

La retranscription a été effectuée dans les 3 jours maximum suivant l'entretien afin de perdre le moins d'informations non verbales.

Les données ont été analysées par chacune des investigatrices avant de procéder à la triangulation des données pour l'ensemble des entretiens, ce qui a permis de limiter les biais d'interprétation.

B. Discussion autour des résultats de l'étude

Il nous paraît important d'analyser certains points qui nous ont paru imprécis ou problématiques dans les représentations sur l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse mises en évidence lors des entretiens.

1. La place des émotions

Il semble exister un lien entre émotion et obésité, néanmoins notre étude n'a pas permis d'identifier une articulation claire entre les deux. Les données scientifiques à ce sujet restent elles aussi fragiles, nous avons tout de même souhaité faire une synthèse de ce lien étroit.

Anxiété et dépression

Les médecins interrogés dans notre étude sont d'accord sur le fait que l'enfant en situation d'obésité souffre psychiquement, il est ainsi décrit comme triste et anxieux. L'évitement de certaines situations et l'isolement social de l'enfant a aussi été mis en avant. Plusieurs études confirment la prévalence plus importante d'anxiété et de dépression chez les enfants en situation d'obésité. (24) Néanmoins, le lien causal avec l'obésité reste encore débattu, il semblerait que les deux rapports de cause à effet soient possibles. (40)

Les troubles du comportement alimentaire

Pour certains médecins interrogés, le lien entre émotions et obésité est indirect et transite obligatoirement par des troubles du comportement alimentaire. Une étude française a évalué les interactions entre les symptômes émotionnels et les perturbations des conduites alimentaires chez les enfants et adolescents obèses, à partir d'auto-questionnaires. (41) Près de la moitié de ces enfants souffraient d'une anxiété significative, un tiers de symptômes dépressifs et un enfant sur cinq avait un comportement alimentaire perturbé. Cette étude montre qu'il existe une intrication entre les manifestations émotionnelles et les conduites alimentaires chez les enfants obèses.

Ce lien entre émotion et conduite alimentaire rend possible l'existence de l'alimentation émotionnelle chez l'enfant. Au cours de nos entretiens, certains médecins évoquent l'existence d'une alimentation émotionnelle, alors que d'autres médecins semblent opposés à cette possibilité. Nous n'avons pas retrouvé de profil type de médecin pour l'une ou l'autre de ces hypothèses. Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre la prise en compte d'une alimentation émotionnelle dans la prise en charge, et la perception d'échec pour le

médecin. L'alimentation émotionnelle est le fait de réguler son alimentation selon son statut émotionnel sans réelle sensation de faim, ce qui permet d'apaiser les émotions négatives. L'alimentation émotionnelle est également appelée « conduite alimentaire compensatoire ». Si ce mécanisme est assez bien décrit chez l'adulte, plusieurs études tendent à le confirmer aussi chez l'enfant. Il existe une association entre émotions négatives (comme l'anxiété et la dépression) et l'alimentation émotionnelle, qui pourrait favoriser les troubles du comportement alimentaire. (42)

Exprimer ses émotions

Concernant les émotions de l'enfant, il a également été souligné à plusieurs reprises lors de nos entretiens que l'enfant obèse avait du mal à exprimer, comprendre et gérer ses émotions. Une étude s'est intéressée à la conscience émotionnelle et au processus d'attachement chez des adolescents obèses. (43) La conscience émotionnelle est la capacité de reconnaître et de comprendre ses propres émotions ainsi que celles des autres. 17 adolescents obèses et 21 adolescents témoins ont rempli plusieurs tests. Dans la limite du faible échantillon de l'étude et des biais induits par les questionnaires auto-administrés, les adolescents obèses ont un niveau de conscience émotionnelle significativement plus bas que celui du groupe témoin. De même, il est retrouvé un déséquilibre significatif des liens d'attachement père-enfant et mère-enfant chez les adolescents obèses.

Cette notion de conscience émotionnelle diminuée rejoint celle d'alexithymie décrite dans plusieurs études. L'alexithymie est définie par une composante émotionnelle, avec une incapacité à identifier et à décrire verbalement ses émotions et affects. Elle comprend également une composante cognitive, centrée par le déficit de la rêverie et une préférence pour l'utilisation d'un mode de pensée concret, non introspectif. (44) Elle est souvent associée aux troubles du comportement alimentaire et peut prédisposer à l'anxiété et à la dépression. (45) Cependant, dans le contexte d'obésité les conclusions se contredisent. Les données chez les enfants sont pauvres, d'autant plus que les mécanismes de reconnaissance et d'expression des émotions évoluent au cours de la croissance. Ainsi, une

alexithymie non pathologique peut être rencontrée chez l'enfant et disparaître en grandissant lorsque le système émotionnel devient mature.(40)

Il paraît donc exister des difficultés émotionnelles de manière plus importante chez les enfants obèses. Elles peuvent parfois avoir une influence sur les conduites alimentaires et ainsi perturber la prise en charge de l'obésité. Bien que la place accordée aux émotions ne soit pas la même pour tous les médecins, il paraît nécessaire de s'intéresser au statut émotionnel de l'enfant et de rechercher des troubles du comportement alimentaire. Ceci vient conforter l'intérêt d'une prise en charge pluri-professionnelle, dont psychologique, dans l'obésité de l'enfant sans toutefois pouvoir en faire une généralité.

2. La grossophobie

La grossophobie est une discrimination sociale envers toutes les personnes en surpoids ou obèses. Il existe deux formes de grossophobie.

- La grossophobie systémique, qui est indirecte, à cause d'équipements non adaptés aux personnes en surpoids/obésité au sein de la société. Dans le milieu médical il pourrait s'agir par exemple, des brassards à tension de taille inadaptée.
- La grossophobie ordinaire, aussi appelée discrimination directe, qui fait référence au comportement humain. (46)

Il est important de noter qu'une discrimination a un statut juridique. En France, la loi reconnaît 25 critères de discrimination, dont l'apparence physique fait partie. Une discrimination est une inégalité de traitement qui peut être punie par la loi si elle réunit deux conditions cumulées, à savoir :

- être fondée sur un critère défini par la loi (sexe, âge, apparence physique...);
- relever d'une situation visée par la loi (l'accès aux biens et services publics, à l'emploi...) (47).

Grossophobie dans le milieu médical

Au cours des entretiens, certains médecins n'ont pas du tout soulevé le problème de la grossophobie médicale. Il est possible que le sujet n'ait pas été abordé car cela reste un sujet sensible, avec lequel certains médecins peuvent ne pas être à l'aise, ou simplement par déni. Elle est pourtant bien décrite dans le milieu médical, et de nombreux articles populaires et associations l'ont également mise en lumière ces dernières années. (48) D'après une thèse portant sur le vécu de situation de grossophobie dans le milieu de soin (49), les patients en surpoids ou obèses déclarent avoir vécu de la dévalorisation, de l'absence d'empathie, du mépris de la part de certains médecins. Ces situations peuvent conduire à des erreurs ou retards de diagnostic, voire à la rupture de suivi et l'arrêt des soins de la part du patient. Avoir conscience de ces représentations grossophobes au sein du milieu médical permettrait aux médecins d'y être plus attentifs.

Grossophobie en milieu scolaire

Lors des entretiens, la grossophobie à l'école a été pointée du doigt, aussi bien lors des activités sportives par les professeurs que par les enfants entre eux. Une thèse de sociologie portant sur les adolescents en surpoids (50) montre qu'ils fuient les lieux de socialisation pour échapper aux comportements stigmatisants, ce qui favorise l'isolement. L'école est un lieu où la stigmatisation est fréquente, ce qui pousse l'adolescent à éviter les cours de sport et la cantine pour ne pas être confronté au regard des autres. Il est souligné que les jeunes filles se sentent limitées dans leurs choix vestimentaires ce qui peut aussi être source d'exclusion sociale. Parce qu'elles renforcent son isolement social, ce sont toutes ces situations stigmatisantes qui motivent l'adolescent à consulter. Il est également décrit que la grossophobie impacte négativement les résultats scolaires.

Le cercle vicieux de la stigmatisation

Jean-Pierre Poulain, sociologue, a identifié un cercle vicieux de la stigmatisation dans l'obésité chez l'adulte. Selon lui, la stigmatisation entraînerait une dévalorisation de soi, voire une dépression qui induirait alors des pratiques alimentaires compensatoires comme

l'alimentation émotionnelle et les accès hyperphagiques. Ceci favoriserait en retour l'obésité et donc la stigmatisation.

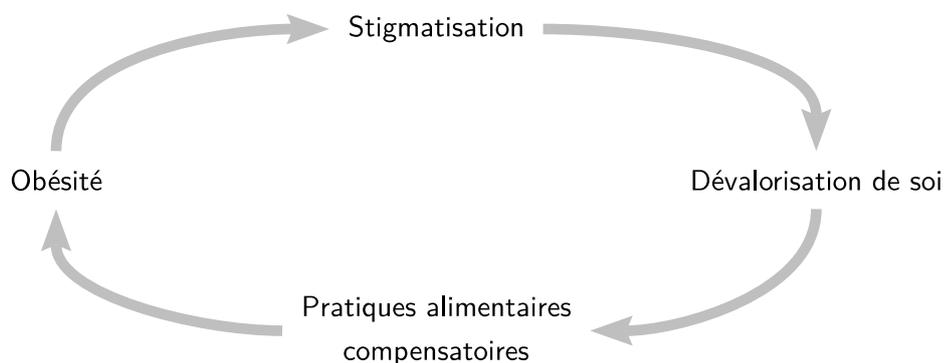


Figure 7: Cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité selon Jean-Pierre Poulain (51)

Une étude s'est intéressée à ce cercle vicieux chez l'enfant en reprenant toutes les études publiées en lien avec celui-ci. (51) Le lien entre obésité, stigmatisation, et dévalorisation de soi/dépression est effectivement retrouvé chez l'enfant. Cependant, la suite de ce cercle vicieux est moins évident :

- Le lien entre dépression et pratiques alimentaires compensatoires semble se confirmer dans les études récentes, mais n'est pas encore clairement démontré. (42)
- Le lien entre conduites alimentaires compensatoires et gain de poids n'a pas pu être confirmé chez l'enfant.

Ainsi, le cercle vicieux décrit par Jean-Pierre Poulain ne peut être complètement affirmé chez l'enfant, des études supplémentaires de bonne qualité seraient nécessaires.

La menace de stéréotype

La stigmatisation vécue par les personnes en surcharge pondérale invite à réfléchir sur le concept de menace du stéréotype, issu de la psychologie sociale. Dans le contexte d'obésité, la menace du stéréotype fait référence au fait que les personnes stigmatisées souhaitent échapper aux croyances négatives véhiculées à leur égard (mauvaises habitudes alimentaires, peu d'activité physique) mais paradoxalement adoptent des comportements conformes à ces croyances. Une étude s'est intéressée à ce concept. (52) Dans un premier

temps elle confirme la présence de grossophobie en France. En effet, les participants, âgés de 13 à 89 ans, utilisent des adjectifs négatifs pour décrire les personnes obèses, qui sont perçues comme étant paresseuses, inactives, sans volonté. De plus, d'après les participants, le poids est contrôlable, donc l'obésité serait la conséquence d'un manque de contrôle et de volonté. Dans un second temps, cette étude s'est intéressée au concept de menace du stéréotype. Ainsi, elle démontre que la stigmatisation via le phénomène de menace du stéréotype amène les personnes en surpoids à surconsommer des aliments caloriques. Il existe deux conséquences à cela : la perpétuation de la stigmatisation et le maintien du surpoids. Ceci rejoint le cercle vicieux décrit par Jean-Pierre Poulain.

En ce qui concerne les enfants entre eux, cette stigmatisation est bien présente. En effet, d'après une étude interrogeant des enfants de 8 à 12 ans, la perception de manque de contrôle face à la nourriture chez la personne obèse est aussi partagée par les enfants. (57) De plus, une autre étude montre que les enfants sont moins enclins à choisir comme potentiels amis des enfants en surpoids que des enfants minces ou normopondérés. (54)

Un enjeu pour les pouvoirs publics

L'enjeu est fort pour les pouvoirs publics qui ont un rôle important à jouer en termes de prévention, en communiquant sur les effets de la stigmatisation et les multiples mécanismes menant à l'obésité. L'objectif serait de contrer la croyance populaire qui considère que la personne obèse est la seule responsable de son poids. Quelques actions ont déjà été menées, comme la création d'une journée de lutte contre la grossophobie par la mairie de Paris en 2017, mais restent insuffisantes. Dans le milieu scolaire, une information portant sur l'obésité, la grossophobie et ses conséquences serait bienvenue pour sensibiliser les enfants et limiter les comportements stigmatisants. Ceci est d'autant plus important que l'on sait désormais que la stigmatisation subie par les enfants en surpoids ou obèses entraîne la perpétuation du problème de poids. (55,56) Concernant la grossophobie dans le milieu médical, une meilleure formation des soignants à propos des étiologies multiples de l'obésité permettrait de limiter les stigmatisations.

3. L'impact du sommeil

Le sommeil a été très peu abordé par les médecins lors des entretiens. Un lien entre sommeil et obésité est pourtant bien établi. En effet, une dette de sommeil entraîne des modifications hormonales en augmentant la sécrétion de ghréline (hormone orexigène) et en diminuant celle de la leptine (hormone anorexigène). Ainsi, la sensation de faim et l'appétit sont majorés en cas de dette de sommeil. (57) Des études ont confirmé ce lien entre le manque de sommeil et le risque d'obésité chez l'enfant. (16,18,58)

Il paraît ainsi important de questionner la famille sur l'hygiène de sommeil de l'enfant mais aussi de sensibiliser, aussi bien les familles que les soignants, à l'importance du sommeil en qualité et en quantité chez l'enfant.

4. Coût de l'alimentation

Une évolution au cours du temps

Comme le soulignait un médecin, la part du budget alimentation a diminué au cours des 60 dernières années. En 1961, la part de l'alimentation dans le budget des familles était de 31,2 %, contre 18,1 % en 2021. Ceci est à mettre en parallèle avec l'augmentation du budget des logements, transports, et dépenses liées aux technologies. (59)

	1960	1990	2014
Pain et céréales	14,60 %	12,50 %	12,90 %
Viande	23,70 %	23,50 %	20,40 %
Poisson	2,80 %	5,10 %	4,80 %
Œufs et laitages	8,20 %	11,50 %	11,80 %
Plats préparés	0,90 %	2,90 %	3,90 %
Fruits et légumes	18,00 %	16,30 %	15,50 %
Produits sucrés	5,00 %	6,20 %	6,80 %
Boissons alcoolisées	15,90 %	12,20 %	12,00 %
Boissons non alcoolisées	4,50 %	5,30 %	7,50 %
Autres	6,40 %	4,50 %	4,50 %

Tableau 3: Composition du panier alimentaire en %, en 1960, 1990 et 2014 ; d'après l'INSEE (66)

Toujours d'après l'INSEE, l'évolution des habitudes alimentaires depuis 1960 est flagrante. La part des aliments sucrés, boissons non alcoolisées, et plats préparés augmente, au détriment des fruits, légumes, viandes, et céréales. Par exemple, la consommation de plats préparés augmente de 4,4 % par an par habitant. Ceci est en lien avec une diminution du temps dédié à la préparation des repas : -25 % entre 1986 et 2010.

Une différence selon le milieu socio-économique

Les médecins interrogés dans notre étude décrivent une différence d'alimentation en fonction des milieux culturels, mais aussi économiques. Qu'en est-il en pratique ?

D'après l'enquête Budget des Familles de 2017, l'alimentation représente :

- 13,5 % du budget pour les cadres, soit 5 862 € par foyer par an ;
- 14,9 % du budget pour les artisans et chefs d'entreprise, soit 5 267 € par foyer par an ;
- 15,2 % du budget pour les employés, soit 3 741 € par foyer par an ;
- 16,4 % du budget pour les ouvriers, soit 4 031 € par foyer par an ;
- 16,8 % du budget pour les inactifs non retraités, soit 2 734 € par foyer par an.

Les milieux socio-économiques défavorisés ont donc une part de budget alimentaire plus importante que les milieux favorisés, mais qui représente cependant une dépense plus faible en valeur absolue. (60)

	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Cadres	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Autres inactifs
Aliments conseillés par le PNNS						
Fruits	363 €	478 €	309 €	229 €	229 €	177 €
Légumes frais	341 €	385 €	245 €	193 €	182 €	135 €
Légumes secs	6 €	10 €	7 €	7 €	5 €	4 €
Légumes surgelés non cuisinés	11 €	17 €	14 €	13 €	11 €	7 €
Jus de fruits et de légumes	137 €	142 €	131 €	98 €	121 €	73 €
Viande de volaille fraîche ou surgelée	178 €	194 €	175 €	145 €	155 €	107 €
Poissons et fruits de mer	367 €	419 €	269 €	207 €	194 €	141 €
Lait, fromages et œufs	650 €	774 €	619 €	492 €	540 €	365 €
Aliments déconseillés par le PNNS						
Pain et autres produits de boulangerie Et de viennoiserie y compris biscuits et gâteaux	585 €	625 €	522 €	445 €	501 €	322 €
Préparations telles que pâte à pâtisser, Gâteau industriel, tarte, tourte, quiche, pizza	151 €	193 €	179 €	159 €	160 €	108 €
Boissons gazeuses	65 €	48 €	56 €	57 €	71 €	55 €
Viande séchée salée ou fumée, Charcuterie et abats, frais ou surgelé	359 €	353 €	318 €	256 €	301 €	188 €
Huiles et graisses	106 €	101 €	80 €	66 €	81 €	62 €
Viande porcine fraîche ou surgelée	89 €	65 €	73 €	61 €	85 €	32 €

Tableau 4 : dépenses annuelles en euros par catégorie d'aliments, selon la catégorie socio-professionnelle, extrait de tableau INSEE (70)

Comme le montre le tableau ci-dessus, la répartition des dépenses alimentaires varie avec la catégorie socio-économique. Les aliments déconseillés par le PNNS constituent une part plus importante du budget dans les catégories socio-professionnelles moins favorisées.

Qu'en est-il du coût des aliments ?

Une étude belge de 2020 a mis en évidence une différence significative de coût entre un régime alimentaire riche en produits ultra-transformés (UPF), et une alimentation riche en aliments peu ou pas transformés (MPF). Le coût moyen de 100kcal était de 0,55 € pour les UPF, contre 1,29 € pour les MPF. La consommation d'UPF était plus fréquente dans les milieux socio-culturels défavorisés, tandis que les MPF étaient plus fréquents dans les milieux socio-culturels favorisés. (61) La Belgique est un pays culturellement proche de la

France et à niveau de vie similaire, le SMIC brut étant de 1 593,41 € en Belgique, contre 1 530,42 € en France en 2020. Ces résultats semblent donc extrapolables à la France.

Entre janvier 2022 et janvier 2023, le coût des aliments a augmenté de 13,3 % en France, ce qui creuse encore les inégalités sociales. (62)

Pour conclure sur les coûts de l'alimentation, il est effectivement plus cher de manger sainement, et les milieux défavorisés ont une alimentation moins saine, bien qu'ils dépensent une part plus importante de leur budget dans l'alimentation.

5. Le syndrome du sauveur

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence un schéma victime, coupable, sauveur dans les liens qui unissent l'enfant, les parents, et le médecin. L'enfant, victime, souffre psychologiquement et physiquement, il est également soumis au regard grossophobe de la société. Le parent, coupable, est vecteur des mauvaises habitudes qui ont mené l'enfant à l'obésité. Il a tendance à aller vers les solutions de facilité, sur le plan alimentaire et éducationnel, alors même que cela nuit à l'enfant. Le médecin, sauveur, se doit d'intervenir, alors même que les patients ne sont pas demandeurs de prise en charge. Certains médecins vont jusqu'à s'investir émotionnellement, d'autant plus que cela leur rappelle leur propre histoire pondérale ou leur parentalité. Face à la non-réaction des patients ou leur refus de prise en charge, le médecin se sent frustré et se pose en victime.

Ce schéma victime, sauveur et persécuteur a été théorisé en 1968 par Stephen Karpman, un psychiatre américain. Dans ce schéma, les rôles persécuteur et sauveur ne sont pas fixes, mais dépendent du point de vue et évoluent au cours du temps. Ainsi, il est décrit que le sauveur peut devenir persécuteur ou victime s'il est déçu par une absence de reconnaissance.

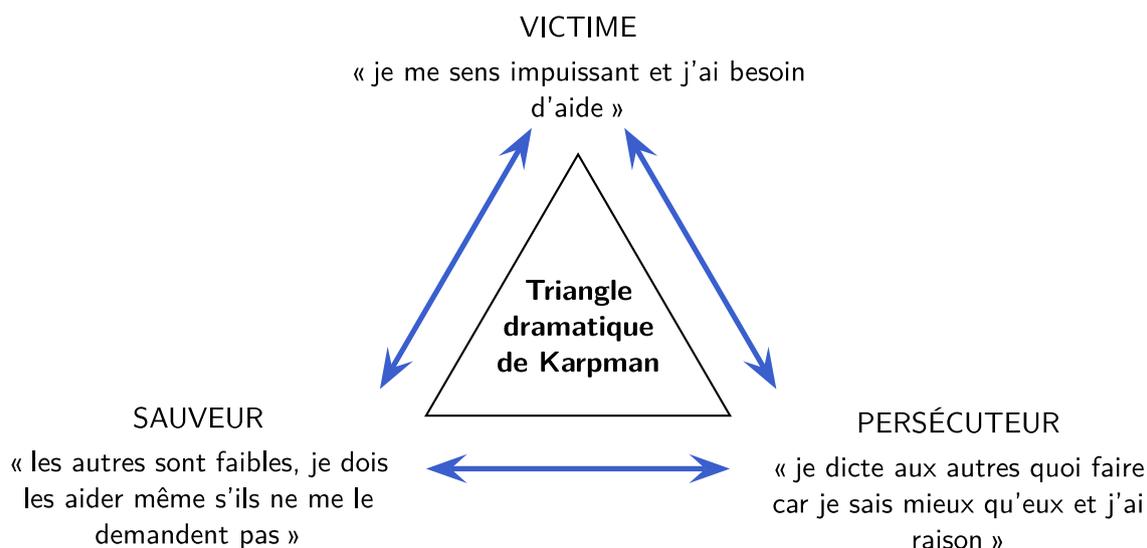


Figure 8: Triangle dramatique d'après Karpman

Au cours des entretiens, certains médecins sont allés jusqu'à dire qu'ils se sentaient investis d'une mission dans le contexte de l'obésité pédiatrique. Ce besoin d'intervenir rejoint la pulsion « maternelle » qu'ont pu décrire des médecins femmes, ressentant un besoin presque viscéral d'aider l'enfant. Cette posture impacte leur perception de l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse. Ceci est problématique pour deux raisons principales.

Tout d'abord, le médecin perçoit le parent comme étant responsable, voir même coupable de l'obésité de son enfant. Certains médecins ont conscience de cette représentation, et tentent de ne pas le faire ressentir aux parents. D'autres n'en ont pas conscience, et estiment alors légitime de communiquer avec le parent comme avec un coupable. Cette attitude accentue l'inégalité qui peut déjà être présente dans la relation de soin : le médecin n'est plus seulement le « sachant », face à un patient « ignorant ». Il est aussi le « sauveur » face à quelqu'un qui agit « mal ». Dans cette situation culpabilisante, il paraît difficile d'imaginer que le parent se saisisse avec confiance de la prise en charge que le médecin lui propose. Concernant le lien médecin-patient, certains médecins ont également exprimé que les patients peuvent voir le médecin comme quelqu'un d'influent, voire comme un modèle . Ainsi, les patients auraient traditionnellement de l'estime et du respect pour le médecin, ce qui peut encore accentuer la posture du sauveur, en plaçant le médecin dans une position de pouvoir et d'influence. Par ailleurs, certains médecins ont exprimé que la nécessité d'un

déclic pouvait justifier des méthodes de communication brusques, ce qui accentue le risque de rupture du lien de confiance.

Cette posture du sauveur est problématique pour une seconde raison, qui est plus intrinsèque au médecin. Dans le métier de médecin, aider l'autre a une importance primordiale, à tel point qu'il est parfois considéré qu'être médecin se doit d'être une vocation. Ce besoin d'aider trouverait ses racines dans la personnalité, l'histoire personnelle du médecin, mais aurait également une motivation narcissique. Aider l'autre permet d'avoir de la reconnaissance sur le plan humain, social, financier. Cette reconnaissance permet de confirmer une image positive de soi-même pour le médecin, de la légitimer. Or, dans le cadre de l'obésité pédiatrique, le médecin est dans une situation d'échec à plusieurs niveaux, notamment car ses représentations le poussent dans ce schéma de pensée, que l'on peut assimiler à un cercle vicieux de l'échec.

- Il est en difficulté pour communiquer sans blesser l'autre.
- Il est en difficulté ne serait-ce que pour faire accepter le diagnostic.
- Il est en difficulté pour instaurer une prise en charge, puisqu'il est difficile de mobiliser le patient et son entourage, mais aussi car il se sent limité dans ses compétences dans le domaine de l'obésité pédiatrique.
- Il anticipe d'emblée un échec de la prise en charge.

De leur côté, le patient et ses parents n'ont pas de raison d'être reconnaissants, puisqu'ils ne sont pas demandeurs de prise en charge, et que le médecin leur annonce une pathologie stigmatisante, parfois avec manque de tact.

Cette posture du sauveur est donc problématique, puisqu'elle sous-entend une reconnaissance que le médecin n'obtient pas dans le cas de l'obésité pédiatrique. Il peut alors ressentir de la frustration, voir de la colère. Il peut se ressentir comme étant à son tour victime. Il n'est donc plus à même d'avoir la posture de neutralité bienveillante nécessaire à la relation de soin.

Il est intéressant de noter que l'obésité pédiatrique est une des seules pathologies potentiellement graves dont la prise en charge dépende exclusivement du médecin généraliste (hors patients suivis par un médecin nutritionniste, un RÉPPOP ou autres organismes, mais qui restent minoritaires). Ceci participe sans doute à l'implication personnelle et à l'impact émotionnel particulier du médecin.

Stephen Karpman propose dans son livre *Le Triangle dramatique – De la manipulation à la compassion et au bien-être relationnel* des pistes de communication pour éviter de tomber dans ce schéma relationnel vicieux (63), sous forme de l'acronyme SEVF :

- S pour Signe de reconnaissance : dire à l'autre qu'il est reconnu en tant que personne ;
- E pour Encouragements : encourager l'autre à s'exprimer librement ;
- V pour Validation : reconnaître et accepter les idées de l'autre et ce qui est important pour lui ;
- F pour Facilitation : faciliter la conversation en restant concentré sur le sujet.

C. Intérêt pour le RÉPPOP 74

L'analyse des représentations des médecins généralistes de Haute-Savoie a mis en évidence des représentations qui pourraient être des freins à la prise en charge. Le RÉPPOP 74 formant actuellement les médecins généralistes, il pourrait être utile d'insister sur ces points lors des formations.

Les premiers points sont plus liés à la bonne identification et compréhension des facteurs de risque d'obésité dans leur globalité, en lien avec la prise en compte de l'enfant dans son environnement bio-psycho-social.

- Un enfant obèse n'est pas uniquement, ni systématiquement, un enfant sédentaire qui mange mal. L'obésité pédiatrique est multi-factorielle, et se limiter à ces deux facteurs étiologiques ne permet pas la prise en charge globale nécessaire.

- Le diagnostic ne se fait pas au coup d'œil, mais nécessite la mesure systématique du poids et de la taille, le calcul de l'IMC, puis le report sur les trois courbes de croissance. Il faut également s'intéresser à la cinétique des courbes.
- Une bonne hygiène de sommeil participe à une bonne régulation du poids, de l'appétit, et de l'humeur. Il est donc important d'insister sur la qualité et la quantité de sommeil propre à chaque âge, ainsi que sur l'impact des écrans sur le sommeil.
- Une certaine « brusquerie » de la part des médecins, qui serait justifiée par la nécessité d'un déclic, est au contraire perçue comme un frein à la prise en charge par les patients, et comme une rupture de la relation de confiance. (64)

Il nous paraît également important d'insister sur les points suivants, qui sont plus spécifiques d'une approche sociologique de l'obésité, et en lien avec la prise en compte de ses propres représentations.

- Le résultat principal de notre étude est la mise en évidence de l'existence du triangle dramatique de Karpman dans le cadre de l'obésité pédiatrique, dans la relation médecin-enfant-parents. Il faut avoir conscience que se placer dans la posture du sauveur vis-à-vis de l'enfant est facteur de frustration pour le médecin, ce qui impactera la relation de soin, et donc la prise en charge. Parce qu'elle empêche une forme d'alliance thérapeutique indispensable à la prise en charge, cette posture est contre-productive et favorise un cercle vicieux de l'échec.
- Il est important que les médecins travaillent à l'identification de leurs propres représentations au sujet de l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse, afin de pouvoir les confronter aux données scientifiques et aux représentations des patients. L'existence de grossophobie au sein du milieu médical en particulier gagnerait à être reconnue, car elle représente une souffrance majeure pour les patients.
- De la même manière, il serait utile que les médecins s'intéressent aux représentations des patients. Ceux-ci ont peut-être une vision de la santé, du corps, et de l'alimentation différente de celles des médecins. Cela aiderait les médecins à comprendre les

mécanismes de pensée qui poussent parfois les parents à ne pas se saisir de la prise en charge, alors même qu'elle est nécessaire pour la santé de leur enfant. Dans la même logique de comprendre les choix de l'autre, accepter que chacun agit selon ses moyens économiques, psychiques et intellectuels pourrait limiter la frustration du médecin face à un refus ou un échec de prise en charge. Il pourrait ainsi appuyer sur les bons leviers pour avoir la meilleure prise en charge possible, tout en prenant en compte les freins des patients.

Pour conclure, il est important que les médecins se sensibilisent à la notion de représentations, qu'ils acceptent l'idée qu'elles impactent leurs actions, et qu'ils puissent ainsi agir en connaissance de ces représentations. Cette démarche de réflexion sur soi-même nécessite d'avoir conscience de la difficulté d'agir sur ses propres représentations. Ainsi, en tant que médecin il est difficile de faire évoluer son regard sur l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse. Il est tout aussi difficile pour un parent de modifier ses représentations de la santé, du corps, d'un mode de vie sain, et encore plus quand il s'agit de quelque chose d'aussi précieux que de son propre enfant.

Le travail de prise de conscience de ses représentations peut être fait de plusieurs manières, qui nécessitent toutes une démarche active de la part du médecin :

- en groupe, lors de séances animées par un intervenant, sociologue ou psychologue, formé à l'analyse des pratiques ;
- à titre individuel, par une psychothérapie.

D. Perspectives

Une piste d'ouverture pourrait être de réévaluer les représentations des médecins généralistes de Haute-Savoie après avoir été formés par le RéPPOP et avoir pris en charge des patients dans ce cadre-là, afin de mettre en évidence des changements dans les représentations et l'impact de la formation par le RéPPOP.

Par ailleurs, deux médecins de notre échantillon ont évoqué le fait que les enfants obèses auraient tendance à être moins suivis médicalement que les autres enfants (hors suivi spécifique de l'obésité). Il pourrait être intéressant de s'interroger sur la véracité de cette affirmation. Le manque de suivi médical est-il un facteur de risque d'obésité ? Ou, plus probablement, l'obésité entraînerait-elle un moindre suivi médical ? Dans cette hypothèse, quels seraient les freins à la consultation pour les enfants et leurs mécanismes ? Chez l'adulte, il a été montré que la stigmatisation externe par les soignants, et l'autostigmatisation qui en découle ont un impact sur la fréquence de recours aux soins. Qu'en est-il chez l'enfant ? Un enfant obèse ou en surpoids consulterait-il moins son médecin quand il est malade qu'un enfant de poids normal ? Ces questions seraient à aborder en prenant en compte le biais lié au milieu socio-économique, les milieux sociaux défavorisés étant à la fois plus à risque d'obésité, et moins susceptibles de consulter un médecin (65).

V. Conclusion

L'obésité pédiatrique est un problème de santé publique ayant une origine multifactorielle, impliquant des facteurs de risque biologiques, psychiques et sociaux. Les médecins généralistes en ont une représentation propre, qui impacte la communication avec l'enfant en situation d'obésité, sa famille, ainsi que la prise en charge. Il est donc nécessaire de s'intéresser aux représentations des médecins au sujet de l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse, afin d'améliorer la prise en charge globale.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Haute-Savoie a été réalisée de janvier à avril 2023, avec un échantillon en variation maximale, jusqu'à suffisance des données. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse par méthode inductive générale avec triangulation des données.

À travers ces 13 entretiens, l'enfant obèse est perçu comme un enfant ayant des mauvaises habitudes alimentaires, pratiquant peu d'activité physique et passant du temps devant les écrans. Il est souvent issu d'un milieu social défavorisé et toute sa famille est obèse. Il est

ainsi difficile de modifier les habitudes de vie de la famille, au sein de laquelle l'obésité est une norme et n'est pas considérée comme une pathologie. Pour les médecins, l'école est un lieu de grossophobie, de la part des autres enfants mais aussi des professeurs. L'enfant est souvent mis en situation d'échec en cours de sport, l'obésité semble influencer les professeurs dans leurs évaluations. La stigmatisation vécue par l'enfant à l'école peut être responsable d'échec scolaire et d'absentéisme. L'enfant obèse souffre physiquement et psychologiquement, et ceci s'accroît à l'adolescence. Il est isolé socialement, mal dans sa peau et introverti. La responsabilité des parents est soulignée, vecteurs de mauvaises habitudes du quotidien, mais aussi soumis à l'influence de la publicité. La relation entre médecin, enfant et parents peut être schématisée selon le triangle de Karpman « sauveur, victime, persécuteur ». Ce triangle relationnel induit de la frustration pour le médecin, et de la culpabilité pour le parent, ce qui nuit à la relation de soin.

L'étude de l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse à travers les représentations du médecin généraliste a permis de mettre en évidence des mécanismes de pensée et des représentations qui sont susceptibles de nuire à la relation de soin. La prise de conscience de ces représentations par les médecins pourrait participer à une meilleure prise en charge globale de l'obésité pédiatrique.

THÈSE SOUTENUE PAR : Félicie CHARLES et Mégane SAGE

TITRE :

L'ENVIRONNEMENT BIO-PSYCHO-SOCIAL DE L'ENFANT OBÈSE À TRAVERS LES REPRÉSENTATIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

CONCLUSION :

L'obésité pédiatrique est un problème de santé publique ayant une origine multifactorielle, impliquant des facteurs de risque biologiques, psychiques et sociaux. Les médecins généralistes en ont une représentation propre, qui impacte la communication avec l'enfant en situation d'obésité, sa famille, ainsi que la prise en charge. Il est donc nécessaire de s'intéresser aux représentations des médecins au sujet de l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse, afin d'améliorer la prise en charge globale.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Haute-Savoie a été réalisée de janvier à avril 2023, avec un échantillon en variation maximale, jusqu'à suffisance des données. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse par méthode inductive générale avec triangulation des données. À travers ces 13 entretiens, l'enfant obèse est perçu comme un enfant ayant des mauvaises habitudes alimentaires, pratiquant peu d'activité physique et passant du temps devant les écrans. Il est souvent issu d'un milieu social défavorisé et toute sa famille est obèse. Il est ainsi difficile de modifier les habitudes de vie de la famille, au sein de laquelle l'obésité est une norme et n'est pas considérée comme une pathologie. Pour les médecins, l'école est un lieu de grossophobie, de la part des autres enfants mais aussi des professeurs. L'enfant est souvent mis en situation d'échec en cours de sport, l'obésité semble influencer les professeurs dans leurs évaluations. La stigmatisation vécue par l'enfant à l'école peut être responsable d'échec scolaire et d'absentéisme. L'enfant obèse souffre physiquement et psychologiquement, et ceci s'accroît à l'adolescence. Il est isolé socialement, mal dans sa peau et introverti. La responsabilité des parents est soulignée, vecteurs de mauvaises habitudes du quotidien, mais aussi soumis à l'influence de la publicité. La relation entre médecin, enfant et parents peut être schématisée selon le triangle de Karpman « sauveur, victime, persécuteur ». Ce triangle relationnel induit de la frustration pour le médecin, et de la culpabilité pour le parent, ce qui nuit à la relation de soin.

L'étude de l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse à travers les représentations du médecin généraliste a permis de mettre en évidence des mécanismes de pensée et des représentations qui sont susceptibles de nuire à la relation de soin. La prise de conscience de ces représentations par les médecins pourrait participer à une meilleure prise en charge globale de l'obésité pédiatrique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 04/09/2023

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY

Pr Olivier PALOMBI


Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'UGA

Pr Anne-Laure BOREL



VI. Bibliographie

1. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 6 mai 2000;320(7244):1240.
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e
4. En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
5. OMS. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
6. SPF. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [Internet]. [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
7. SPF. Impact de la crise sanitaire due au SARS-CoV-2 sur le statut staturopondéral des enfants de quatre ans : comparaison des données des bilans de santé en école maternelle du Val-de-Marne, de 2018 à 2021 [Internet]. [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/impact-de-la-crise-sanitaire-due-au-sars-cov-2-sur-le-statut-staturponderal-des-enfants-de-quatre-ans-comparaison-des-donnees-des-bilans-de-sant>
8. Odoxa [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite/>
9. Koyuncuoğlu Güngör N. Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. sept 2014;6(3):129-43.
10. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 12 juin 2022]. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003
11. Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti GV. Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. *Int J Environ Res Public Health*. sept 2016;13(9):838.
12. Power C, Jefferis BJMH. Fetal environment and subsequent obesity: a study of maternal smoking. *Int J Epidemiol*. avr 2002;31(2):413-9.
13. Toschke AM, Koletzko B, Slikker W, Hermann M, von Kries R. Childhood obesity is associated with maternal smoking in pregnancy. *Eur J Pediatr*. août 2002;161(8):445-8.

14. Salsberry PJ, Reagan PB. Taking the long view: the prenatal environment and early adolescent overweight. *Res Nurs Health*. juin 2007;30(3):297-307.
15. Ardiç C, Çolak S, Uzun K, Salı G, Aydemir T, Telatar G. Maternal Gestational Diabetes and Early Childhood Obesity: A Retrospective Cohort Study. *Child Obes Print*. déc 2020;16(8):579-85.
16. Brown CL, Halvorson EE, Cohen GM, Lazorick S, Skelton JA. Addressing Childhood Obesity: Opportunities for Prevention. *Pediatr Clin North Am*. oct 2015;62(5):1241-61.
17. Brands B, Demmelmair H, Koletzko B, EarlyNutrition Project. How growth due to infant nutrition influences obesity and later disease risk. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. juin 2014;103(6):578-85.
18. Pietrobelli A, Agosti M, MeNu Group. Nutrition in the First 1000 Days: Ten Practices to Minimize Obesity Emerging from Published Science. *Int J Environ Res Public Health*. 1 déc 2017;14(12):E1491.
19. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Arch Dis Child*. déc 2012;97(12):1019-26.
20. Centre de l'Obésité et du Surpoids Grenoble [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Obésité : causes et facteurs de risques de cette maladie complexe. Disponible sur: <https://centre-obesite-surpoids-grenoble.com/actualites/obesite-causes-et-facteurs-risques-cette-maladie-complexe>
21. Comprendre le surpoids et l'obésité de l'adulte [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-savoie/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/definition-causes-risques>
22. La prévention et la prise en charge de l'obésité | Cour des comptes [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-et-la-prise-en-charge-de-lobesite>
23. Kansra AR, Lakkunarajah S, Jay MS. Childhood and Adolescent Obesity: A Review. *Front Pediatr*. 2020;8:581461.
24. Rankin J, Matthews L, Copley S, Han A, Sanders R, Wiltshire HD, et al. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolesc Health Med Ther*. 14 nov 2016;7:125-46.
25. Sagar R, Gupta T. Psychological Aspects of Obesity in Children and Adolescents. *Indian J Pediatr*. juill 2018;85(7):554-9.
26. Gettys FK, Jackson JB, Frick SL. Obesity in pediatric orthopaedics. *Orthop Clin North Am*. janv 2011;42(1):95-105, vii.
27. Reinehr T. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *World J Diabetes*. 15 déc 2013;4(6):270-81.
28. Trésor D générale du. Direction générale du Trésor. 2016 [cité 31 oct 2022]. Trésor-Éco n° 179 - Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2016/09/06/tresor-eco-n-179-obesite-queelles-consequences-pour-l-economie-et-comment-les-limiter>

29. Constitution [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
30. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Le parcours éducatif de santé. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/le-parcours-educatif-de-sante-11786>
31. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
32. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. mai 1980;137(5):535-44.
33. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999). Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *J Psychol*. 2008;260(7):52-5.
34. Avis n°54 – 12/2005 – La prévention de l'obésité infantile – Conseil National de l'Alimentation [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://cna-alimentation.fr/download/avis-n54-12-2005-la-prevention-de-lobesite-infantile/>
35. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
36. Galand C, Salès-Wuillemin É. Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*. 2009;105(3):35-44.
37. Salès-Wuillemin E. Galand, Ch. Sales-Wuillemin, E. (2009) Effet des pratiques et de l'environnement social sur la représentation des substances psychoactives, *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 84,125-152. *Cah Int Psychol Soc*. 1 janv 2009;84:125-52.
38. Barthassat V, Lagger G, Golay A. *Revue Medicale Suisse*. [cité 14 août 2022]. Représentations, comportements et obésité. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-151/representations-comportements-et-obesite>
39. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Méta-synthèse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 mai 2015;63(3):183-91.
40. Schoentgen B. Etude des liens entre fonctionnement exécutif, cognition sociale et facteurs psychopathologiques dans le contexte de l'obésité pédiatrique [Internet] [phdthesis]. Université d'Angers; 2017 [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01690688>
41. d'Autume C, Musher-Eizenman D, Marinier E, Viarme F, Frelut ML, Isnard P. Conduites alimentaires et symptômes émotionnels dans l'obésité infantile : étude exploratoire transversale à partir d'autoquestionnaires chez 63 enfants et adolescents. *Arch Pédiatrie*. 1 août 2012;19(8):803-10.
42. Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. janv 2009;17(1):68-78.
43. Bernard A, Sanahuja A, Bydlowski S, Serrier T. Déséquilibre de l'attachement et des émotions chez l'adolescent obèse. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr

- 2017;175(4):345-52.
44. Jouanne C. L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*. 2006;12(3-4):193-209.
 45. Karukivi M, Hautala L, Korpelainen J, Haapasalo-Pesu KM, Liuksila PR, Joukamaa M, et al. Alexithymia and Eating Disorder Symptoms in Adolescents. *Eat Disord*. 22 avr 2010;18(3):226-38.
 46. Centre de l'Obésité et du Surpoids Grenoble-Sud [Internet]. [cité 2 juill 2023]. Grossophobie : Comment faire face à la discrimination sociale envers les personnes obèses ? Disponible sur: <https://centre-obesite-surpoids-grenoble.com/actualites/grossophobie-comment-faire-face-discrimination-sociale-envers-personnes-obeses>
 47. <https://www.facebook.com/Defenseurdesdroits>. Défenseur des Droits. 2015 [cité 6 août 2023]. Lutte contre les discriminations et promotion de l'égalité. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/institution/competences/lutte-contre-discriminations>
 48. Laemmel C. *Slate.fr*. 2018 [cité 2 juill 2023]. Grossophobie médicale: les médecins sont-ils incapables de gérer l'obésité? Disponible sur: <https://www.slate.fr/story/159499/medecine-grossophobie-medicale-obesite-patients-education-therapeutique>
 49. Le Merle A, Payeur R. Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Grenoble Alpes; 2022 [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03616950/document>
 50. Letoux C. Trajectoires d'adolescents en obésité dans le Nord et Pas-De-Calais comme reflets du processus des inégalités et de la stigmatisation [Internet] [phdthesis]. Université de Lille; 2021 [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03968957>
 51. Rigal N. Stigmatisation et cercle vicieux de la prise de poids : quelles réalités chez l'enfant et l'adolescent ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 mars 2023;71(2):68-72.
 52. Brelet L. Stigmatisation relative au poids, menace du stéréotype et comportement alimentaire des personnes en surcharge pondérale [Internet] [These de doctorat]. Université Clermont Auvergne (2017-2020); 2018 [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2018CLFAL012>
 53. Tiggemann M, Anesbury T. Negative Stereotyping of Obesity in Children: The Role of Controllability Beliefs. *J Appl Soc Psychol*. 2000;30(9):1977-93.
 54. Musher-Eizenman DR, Holub SC, Miller AB, Goldstein SE, Edwards-Leeper L. Body Size Stigmatization in Preschool Children: The Role of Control Attributions. *J Pediatr Psychol*. 1 déc 2004;29(8):613-20.
 55. Schvey NA, Marwitz SE, Mi SJ, Galescu OA, Broadney MM, Young-Hyman D, et al. Weight-based teasing is associated with gain in BMI and fat mass among children and adolescents at-risk for obesity: A longitudinal study. *Pediatr Obes*. oct 2019;14(10):e12538.
 56. Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. *Soc Sci Med*. 1 oct 2014;118:152-8.

57. Spiegel K, Tasali E, Penev P, Van Cauter E. Brief Communication: Sleep Curtailment in Healthy Young Men Is Associated with Decreased Leptin Levels, Elevated Ghrelin Levels, and Increased Hunger and Appetite. *Ann Intern Med* [Internet]. 7 déc 2004 [cité 3 juill 2023]; Disponible sur: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-141-11-200412070-00008>
58. Jiang F, Zhu S, Yan C, Jin X, Bandla H, Shen X. Sleep and obesity in preschool children. *J Pediatr*. juin 2009;154(6):814-8.
59. Consommation et équipements des ménages - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 11 juill 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/30_RPC/35_CEM
60. Structure des dépenses des ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence [Internet]. [cité 11 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2385823>
61. Vandevijvere S, Pedroni C, De Ridder K, Castetbon K. The Cost of Diets According to Their Caloric Share of Ultraprocessed and Minimally Processed Foods in Belgium. *Nutrients*. sept 2020;12(9):2787.
62. INSEE. Indice des prix à la consommation - résultats définitifs (IPC) [Internet]. 2023 [cité 11 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6801734#titre-bloc-8>
63. Karpman DS. Le Triangle dramatique - De la manipulation à la compassion et au bien-être relationnel: De la manipulation à la compassion. Malakoff: InterEditions; 2020. 312 p.
64. LIME F, PONTIER L. Annonce du diagnostic d'obésité infantile : Regards croisés médecins patients [Thèse d'exercice en médecine]. Université Claude Bernard, Lyon 1; 2017.
65. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Trib Santé*. 2005;8(3):31-9.
66. Cinquante ans de consommation alimentaire : une croissance modérée, mais de profonds changements - Insee Première - 1568 [Internet]. [cité 30 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379769#tableau-figure2>
67. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 8 mai 2022]. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e
68. Kumanyika S, Jeffery RW, Morabia A, Ritenbaugh C, Antipatis VJ, Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF). Obesity prevention: the case for action. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. mars 2002;26(3):425-36.
69. carnet_de_sante-num-.pdf [Internet]. [cité 2 août 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
70. Enquête Budget de famille | Insee [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1194>

VII. Annexes

A. Guide d'entretien

- 1) Est-ce que vous pouvez me dire ce qui vous vient en tête quand je vous parle de l'obésité de l'enfant ?**

Est-ce qu'il y en a beaucoup dans votre patientèle ?

Est-ce que c'est abordé de votre initiative ou plutôt de celle des patients ?

- 2) Est-ce que vous pourriez me raconter une consultation où vous avez diagnostiqué une obésité chez un enfant ?**

Si pas d'exemple retrouvé : cas clinique ci-dessous comme brise-glace :

Vous êtes au cabinet, vous recevez en consultation un enfant de 8 ans que vous n'avez pas vu depuis quelques mois, pour une ordonnance d'antihistaminique dans le cadre d'une allergie saisonnière déjà connue. Il est accompagné de sa maman, qui le déshabille pour l'examen clinique. Vous l'examinez, mettez son poids et sa taille dans son carnet de santé, et constatez qu'il est en situation d'obésité.

Qu'est-ce que vous faites dans cette situation ?

- 3) Qu'est ce qui aurait pu se passer différemment ?**

Qu'est ce qui pourrait vous mettre en difficulté ou au contraire vous simplifier la situation ?

- 4) De par votre expérience, est-ce que vous avez repéré des choses qui peuvent conduire à l'obésité ?**

- 5) Est-ce que certains patients vous ont raconté comment ça se passe au quotidien pour eux ?**

Comment est-ce que vous, vous imaginez le quotidien d'un enfant obèse ?

Questions de relance pour qu'ils abordent les 3 domaines de l'environnement de l'enfant :

– école : Comment imaginez-vous le quotidien à l'école pour un enfant obèse ?

– parcours de soin : En quoi le surpoids pourrait-il impacter le vécu de l'enfant dans le milieu médical ?

– au sein de la famille : Quelle influence peut avoir la famille sur le poids de l'enfant, et vice versa ?

6) Est-ce que vous avez l'impression que chez vos patients obèses il y a un lien avec les émotions ?

Selon vous, comment l'obésité joue sur les émotions de l'enfant ?

7) Qu'est-ce que vous ressentez quand vous voyez un enfant en situation d'obésité ?

Que ressentez-vous dans ce genre de prise en charge ? Qu'est-ce que ça vous fait quand vous voyez un enfant en situation d'obésité ?

8) Est-ce que vous avez d'autres choses à dire, d'autres choses qui vous reviennent concernant l'environnement de l'enfant obèse ?

+ Caractéristiques du médecin à demander oralement à la fin

Age, sexe

Ancienneté d'exercice

Mode d'exercice (libéral, salarié, mixte)

Zone d'exercice (rural, semi-rural, urbain)

Formations complémentaires, intérêt personnel pour le sujet

B. Fiche d'information remise aux médecins participants

FORMULAIRE D'INFORMATION A DESTINATION DES MÉDECINS PARTICIPANT À L'ÉTUDE :

“L'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse à travers les représentations du médecin généraliste”

Cher confrère, chère consœur,

Nous vous proposons de participer à notre projet de thèse, qui s'intéresse aux représentations des médecins généraliste de Haute-Savoie au sujet de l'obésité pédiatrique.

Étude sous la direction : du Dr Johanna BATAILLARD, directrice de thèse

Responsable : Département de médecine générale de l'université de Grenoble

Investigatrices principales : Mégane SAGE et Félicie CHARLES

Déléguée à la protection des données (DPO) : Héloïse FAIVRE

Objectif principal : Identifier les représentations des médecins généralistes concernant l'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative dans laquelle seront réalisés des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Ces entretiens seront retranscrits et pseudo-anonymisés, puis analysés de manière qualitative, afin de mettre en évidence les représentations communes à cette population.

Engagement du médecin participant à l'étude : En participant à ce projet de thèse, vous vous engagez à réaliser un unique entretien en présentiel avec une des deux investigatrices principales. La durée de l'entretien dépendra de ce que vous aurez à dire, et n'est donc pas prévisible avec précision. Il faudra probablement compter entre vingt minutes et une heure. L'entretien se déroulera dans le lieu de votre choix, et la date sera choisie en fonction de vos disponibilités. L'entretien sera enregistré sur dictaphone, et l'investigatrice pourra prendre des notes au cours de l'entretien.

Engagement des investigatrices principales : En tant qu'investigatrices principales, elles s'engagent à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Les données seront pseudo-anonymisées. En cas de recueil de données sensibles (politiques, rupture du secret médical, etc), celles-ci seront détruites et non prises en compte dans la retranscription écrite des données.

Liberté du participant : Vous pouvez retirer votre consentement concernant votre participation à l'étude comme médecin interrogé. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence. Vous avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès des

investigatrices principales, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche. Cette étude ne comporte pas de risques particuliers prévisibles.

Confidentialité des informations : Dans le cadre de cette étude à laquelle nous vous proposons de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre. Vos données seront utilisées uniquement pour répondre aux objectifs de la recherche. Vos données directement identifiantes (nom, prénom, e-mail, téléphone) seront détruites dès la réalisation des entretiens. Vos données personnelles non identifiantes (mode d'exercice, formations spécifiques en obésité, etc) seront pseudo-anonymisées selon le rang de réalisation de l'entretien (M1, M2, M3...), et seront potentiellement présentes dans le document final, sauf opposition de votre part. Le promoteur conservera vos données jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles feront ensuite l'objet d'un archivage pour une durée de vingt ans.

Législation : Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement
- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel
- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli
- vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Pour exercer ces droits, veuillez contacter les investigatrices de l'étude à l'adresse :

Felicie.Charles@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou Megane.Sage@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Nous vous remercions par avance pour votre participation, et nous sommes joignables par mail pour répondre à vos éventuelles questions.

C. Fiche de non-opposition remise aux médecins participants

FICHE DE NON-OPPOSITION à la participation à l'étude

“L'environnement bio-psycho-social de l'enfant obèse à travers les représentations des médecins généralistes”

Étude sous la direction : du Dr Johanna BATAILLARD, directrice de thèse

Responsable : Département de médecine générale de l'université de Grenoble

Investigatrices principales : Mégane SAGE et Félicie CHARLES

Après avoir pris connaissance des informations sur les modalités de réalisation de cette thèse sur l'obésité de l'enfant, après en avoir discuté et obtenu réponse à toutes mes questions, je consens librement et volontairement à y participer.

Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment de cette étude sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette étude ne me portera pas préjudice.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigatrices concernées. J'ai été informé·e que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication, que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle et que seules les données pseudo-anonymisées seront enregistrées et communiquées dans le cadre de l'analyse qualitative des verbatims.

J'ai bien noté que, conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés », le droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement de ces données, s'exerce à tout moment auprès des investigatrices par contact à : Felicie.Charles@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou à Megane.Sage@etu.univ-grenoble-alpes.fr.

Un « Formulaire d'opposition à l'utilisation de mes données à des fins de recherche et statistique médicale » est disponible à ma demande si je souhaite m'opposer à l'utilisation de l'ensemble des données me concernant.

Signature

D. Résumés des entretiens

Entretien 1 : femme, 33 ans, libéral, milieu urbain

Patientèle : non décrite

- L'enfant subit des moqueries à l'école, il est limité physiquement, différent des autres.
- L'obésité est perçue comme une norme familiale, la famille est donc un endroit sûr pour l'enfant qui s'y sent bien. Les parents sont perçus comme responsables de l'obésité de leur enfant, via leurs mauvaises habitudes et la tendance à choisir les solutions de facilité, ils semblent faire preuve de mauvaise volonté. Le médecin fait preuve d'incompréhension et de jugement sur la famille.
- Les parents ont l'image du bon parent nourricier et de l'enfant rond en bonne santé.
- L'alimentation est une solution de facilité pour les parents, pour faire plaisir et calmer l'enfant. Le médecin a un regard ambigu sur l'alimentation : c'est à la fois trop facile de mal manger, et facile de bien manger.
- Les milieux socialement défavorisés sont à risque d'obésité.
- L'obésité est une norme culturelle chez les Maghrébins.
- Le médecin n'évoque pas la notion de grossophobie, ni d'autres acteurs de l'environnement bio-psycho-social.

Entretien 2 : femme, 26 ans, salariée de l'hôpital, milieu urbain, désert médical

Patientèle : très variée

- Les parents sont souvent dans le déni, car ils veulent protéger leur enfant. L'enfant, lui, est conscient de son problème de poids car il subit des moqueries. Il est mal dans sa peau et peut parfois devenir violent en réaction aux moqueries. Il manque de confiance en lui et a du mal à exprimer, gérer et accepter ses émotions.
- L'obésité familiale est un facteur de risque et un frein à la prise en charge, les parents transmettent de mauvaises habitudes. L'alimentation récompense est utilisée par l'entourage.
- L'obésité touche toutes les classes sociales, mais les classes défavorisées sont plus exposées car il existe un frein financier pour les activités sportives et les équipements nécessaires.
- Il existe souvent une alimentation déséquilibrée avec trop de féculents, peu de légumes et beaucoup de produits sucrés (gâteaux, sodas, confiseries).
- Les enfants obèses sont décrits comme limités physiquement. Sans adaptation des activités physiques en sport à l'école, ils sont mis en situation d'échec trop souvent.

- La grossophobie est présente dans le milieu médical et chez les profs de sport.
- Pas d'alimentation émotionnelle retrouvée chez l'enfant obèse.

Entretien 3 : femme, 56 ans, libéral, semi-rural

Patientèle : « on a beaucoup de sportifs » « on a pas beaucoup quand même de... de... famille socialement... ehh.. dans des situations compliquées »

- L'enfant subit des moqueries à l'école.
- Les milieux défavorisés sont perçus comme à risque, via une alimentation moins saine, un frein financier à l'activité physique, un regard moins critique sur la publicité, une vision moins négative du sucre, et l'utilisation de l'alimentation comme récompense.
- Les parents sont perçus comme ayant l'image du bon parent nourricier et de l'enfant rond en bonne santé.
- Les familles sont perçues comme manquant de temps au quotidien et n'ayant pas d'autre choix que d'aller au plus facile : les plats préparés et les aliments sucrés. L'industrie agro-alimentaire et de la publicité ont une responsabilité dans le poids des enfants.
- La société exerce une pression du corps parfait, en particulier sur les adolescents.
- Les soignants sont perçus comme étant parfois accusateurs vis-à-vis des patients.
- La médecin retient un lien fort entre alimentation et émotion, un cercle vicieux émotion/alimentation/poids.
- La médecin souligne l'importance de prendre en compte les représentations des patients.

Entretien 4 : femme, 40 ans, libérale, semi-rurale

Patientèle : « je pense qu'en Haute-Savoie on est assez privilégié parce que c'est une région riche et il y a quand même je pense un gradient social de l'obésité de l'enfant. Et aussi sportive donc pas tant »

- L'enfant est exclu des relations amoureuses, subit des moqueries à l'école, cela empire avec l'âge, mais peut parfois servir de déclic pour une prise en charge.
- L'enfant est perçu comme angoissé, manquant de confiance en lui, avec une mauvaise estime de lui.
- Les parents sont perçus comme responsables du poids de leur enfant, via l'alimentation, les écrans, et les habitudes de vie familiales, c'est donc à toute la famille de changer. Cependant, ils sont probablement eux-mêmes en difficulté dans la vie quotidienne.
- L'obésité est une norme dans les familles, le déni de la maladie complique la prise en charge.
- Les milieux défavorisés sont perçus comme à risque.
- L'aspect financier peut être un frein à la prise en charge, mais sert aussi parfois d'excuse.
- Le poids du médecin impacte la façon dont les patients acceptent ou non le diagnostic.

- Les soignants sont perçus comme normatifs, ce qui peut les rendre malveillants.
- La médecin retient un lien INDIRECT entre émotion et obésité, passant forcément par des TCA.
- La médecin est sensibilisée à l'impact des écrans, et évoque la notion de harcèlement sur les réseaux sociaux.

Entretien 5 : homme, 60 ans, libéral, semi-rural

Patientèle : « population plutôt riche, avec des enfants qui font pas mal de sport, des parents aussi », « de l'obésité on en voit très peu »

- On parle beaucoup d'obésité, mais la vraie problématique c'est le surpoids, sur lequel il faut se concentrer.
- Les parents sont perçus comme ayant l'image de l'enfant rond en bonne santé, l'obésité est souvent une norme familiale et les parents sont dans le déni.
- L'enfant obèse a une mauvaise image de lui, il est souvent mis en situation d'échec, et subit des moqueries à l'école, y compris de la part des enseignants ce qui génère une souffrance psychique.
- Le médecin prononce le mot grossophobie, au sujet de la société, le « gros » étant même parfois sujet d'humour.
- Les milieux socialement défavorisés et la maltraitance sont des facteurs de risque d'obésité.
- L'obésité est perçue différemment selon la culture des patients.
- Le cabinet médical n'est pas un lieu où l'enfant s'exprime, la consultation est souvent mal vécue.
- AVANT, il y avait très peu d'obésité et de surpoids, car les repas étaient plus structurés, les déplacements étaient effectués à pied ou à vélo, et les enfants jouaient beaucoup dehors. Le surpoids était vu comme une réussite sociale.
- MAINTENANT, la voiture est omniprésente, les repas sont très déstructurés, le surpoids est devenu une norme et est bien vécu. Manger coûte moins cher, surtout quand il s'agit de mal manger.

Entretien 6 : femme, 37 ans, libéral, rural

Patientèle : non décrite

- Les parents sont responsables de l'obésité de leur enfant : ils transmettent des mauvaises habitudes de vie, ne sont pas capables d'éduquer leur enfant, qui passe donc son temps devant les écrans, à mal manger. Parfois, ils rejettent la faute sur l'enfant.
- La médecin a une vision ambiguë des parents, qui sont à la fois coupables et victimes eux-mêmes, la société étant perçue comme grossophobe.

- L'obésité est parfois une norme familiale, ce qui permet un meilleur vécu pour l'enfant, mais complique la prise en charge, car c'est l'ensemble de la famille qui doit changer ses habitudes. Cependant, l'obésité peut parfois être source de conflits au sein de la famille.
- L'obésité peut impacter la scolarité et la vie sociale, mais l'enfant n'est pas forcément cible de moqueries, il n'est pas forcément en souffrance.
- La médecin souligne la difficulté de prise en charge en campagne, car la distance géographique est un frein pour les parents.
- Le monde médical est perçu comme jugeant, manquant de tact quand il s'agit de l'obésité, ce qui pourrait expliquer pourquoi de nombreux parents ne veulent pas que leur enfant soit pris en charge.

Entretien 7 : homme, 32 ans, libéral, urbain

Patientèle : « une ville un peu comme Grenoble, sportive. » « les gens ont de l'argent »

- l'enfant est perçu comme mauvais en sport, subissant des moqueries à l'école, ce qui entraîne de l'introversion et un cercle vicieux de l'isolement.
- Les parents sont indirectement responsables du poids de leur enfant, via le mode de vie, et parce qu'ils sont le modèle de ce qu'est un corps normal pour l'enfant.
- Les parents sont perçus comme ayant la représentation de « l'enfant rond en bonne santé », signe de réussite sociale, et du « bon parent nourricier ».
- Les parents ont une représentation erronée de la prise en charge de l'obésité, et évoquent les régimes plutôt qu'une modification globale du mode de vie.
- Le médecin évoque en priorité la souffrance psychique et les traumatismes comme étiologie à l'obésité. Il évoque le cercle vicieux émotion/alimentation/poids.
- Le milieu médical est mal vécu par l'enfant, qui a peur du jugement sur son corps.

Entretien 8 : homme, 31 ans, libéral, milieu urbain défavorisé

Patientèle : « des médecins comme moi qui ont plus de 50 % de leur patientèle maghrébine »

- Les enfants obèses souffrent physiquement et psychologiquement, surtout les filles. Ils subissent des moqueries à l'école et de la grossophobie des profs de sport.
- L'obésité et le surpoids sont plus fréquents, les rondeurs sont plus assumées
- L'antécédent d'obésité familiale est un risque d'obésité mais aussi un frein à la prise en charge, car considérée comme une norme.
- La culture impacte l'alimentation et la vision du corps normal, notamment dans les milieux Turcs et Maghrébins, avec la notion d'enfant-roi pour qui l'alimentation sert de récompense.
- Les familles défavorisées sont considérées comme à risque via la consommation d'aliments de mauvaises qualités, les légumes sont trop chers.

- L'aspect financier de la prise en charge n'est pas un frein pour les familles.
- La malbouffe et le grignotage sont pointés du doigt.
- Les adolescents font moins d'activité physique, et utilisent trop les écrans, ce qui entraîne des troubles du sommeil.
- Les écrans sont une solution de facilité pour les parents, pour calmer et occuper les enfants
- Pas d'alimentation émotionnelle chez l'enfant.

Entretien 9 : femme, 37 ans, libéral et salarié, urbain

Patientèle : non décrite

- La médecin se rend compte que l'enfant subit finalement moins de moqueries que ce qu'elle imaginait spontanément.
- La médecin perçoit deux cas de figure : soit toute la famille est obèse, dans ce cas l'obésité est une norme pour la famille, et est plutôt bien vécue. Soit il n'y a qu'un enfant obèse, dans ce cas il y a probablement un traumatisme initial déclencheur. L'obésité est alors mal vécue. Dans ce cas, les parents peuvent avoir tendance à rejeter la faute sur l'enfant, parfois à la limite de la maltraitance.
- Les parents ne sont pas perçus comme particulièrement responsables de l'obésité de leur enfant, mais ils ont une représentation erronée de ce qu'est une alimentation saine.
- La médecin évoque la cotation spécifique CSO, qu'elle ne se sent pas légitime d'utiliser car elle à l'impression de donner uniquement des conseils de bon sens. Elle a même pu constater que la prise en charge de l'obésité peut entraîner des TCA.
- La médecin évoque un lien indirect entre les émotions et l'obésité, passant forcément par les TCA.
- Pour la médecin, il est normal qu'un enfant mange régulièrement des sucreries.

Entretien 10 : homme, 65 ans, libéral, urbain

Patientèle : variée

- Les parents sont dans le déni car ils se sont habitués au physique de leur enfant.
- L'obésité est vue comme une norme dans certaines familles, elle n'est pas considérée comme une maladie.
- Les enfants ont accès en permanence à de la nourriture, ils mangent n'importe où, n'importe quand.
- Les enfants obèses subissent des moqueries à l'école et sont mis en difficulté en sport, les activités sportives ne leur sont pas adaptées. L'enfant obèse est introverti et complexé.
- Les parents sont vus comme étant en difficulté dans l'éducation, ils utilisent les écrans pour calmer l'enfant.

– Le médecin se sent limité dans la prise en charge, en donnant juste des conseils de bon sens.

Entretien 11 : femme, 35 ans, libéral, urbain

Patientèle : non décrite

– Les difficultés liées à l'obésité apparaissent à partir de la pré-adolescence, avec un impact sur la vie sociale et sur le psychisme. La prise en charge est donc une urgence, car l'adolescence est un âge clé de la construction psychique.

– L'obésité est perçue comme étant en lien avec la culture et les habitudes de vie, les familles manquant souvent de temps au quotidien et devant aller au plus simple.

– La médecin retient un lien entre les émotions, l'appétit et le poids

– La société est perçue comme grossophobe, notamment le monde du travail.

– La grossophobie et l'obésité sont perçues comme des problèmes de santé publique.

– La médecin a l'image du « gros bon vivant », l'obésité ne serait pas forcément une souffrance.

Entretien 12 : femme, 35 ans, libéral, semi-rural

Patientèle : « les gens qui habitent ici sont souvent très sportifs » « j'ai eu beaucoup de jeunes, c'était des jeunes sportifs » « ce sont des gens qui sont un peu plus aisés quand même »

– La médecin n'a jamais vu d'enfants obèses en consultation, elle pense que cela est en partie expliqué par sa patientèle favorisée et très sportive.

– Les traumatismes sont sources d'inquiétudes qui peuvent générer une obésité chez l'enfant via des troubles du comportement alimentaire.

– Il existe une ambivalence sur la vision du quotidien de l'enfant obèse : il peut vivre très bien son obésité, et à la fois être victime de moqueries, harcèlement, conflits familiaux et être mal dans sa peau.

– Les parents sportifs ont des enfants très actifs, qui font beaucoup d'activités.

– La patientèle pédiatrique du médecin fait beaucoup d'activité physique, les enfants sont très souvent en plein air. L'activité est présente de façon quotidienne à l'école ce qui permet d'instaurer de bonnes habitudes.

– L'alimentation et la sédentarité sont responsables de l'obésité de l'enfant.

Entretien 13 : homme, 42 ans, urbain, libéral

Patientèle : « On est dans une population qui me semble préservée là aussi par rapport à d'autres départements » « Les patients sont principalement actifs, sportifs, »

- Sa patientèle est plutôt préservée par une bonne hygiène de vie, une alimentation équilibrée et des activités physiques.
- Les parents sont souvent conscients du problème de poids de leur enfant mais ne consultent pas. Ils connaissent leurs erreurs. Ils sont tenus pour responsables du poids de leur enfant via des mauvaises habitudes alimentaires et le besoin de faire plaisir à leur enfant par l'alimentation.
- Le manque d'activité physique et le temps d'écran sont mis en avant.
- Le médecin est particulièrement vigilant à la structure des repas et l'utilisation d'écran lors des repas.
- La culture impacte l'alimentation et la vision du corps normal, notamment dans les milieux Turcs et Maghrébins, avec la notion d'enfant-roi pour qui l'alimentation sert de récompense.
- L'enfant obèse est mauvais en sport car limité physiquement, il subit des moqueries à l'école. L'enfant obèse n'est pas plus dépressif qu'un autre enfant qui aurait d'autres difficultés.
- La cantine est considérée comme protectrice du fait de repas équilibrés.
- Il serait important d'éduquer l'entourage de l'enfant, comme les grands-parents et la nounou.

E. Serment d'Hippocrate

*L*e serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”